



Ledamöter och ersättare

SOCIALNÄMNDEN

Tid torsdag 24 september 2026 kl. 08:15**Plats** Stadshuset, Sessionssalen, våning 1

Upprop

Val av justerare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Punkt	Rubrik	Ärendenr	Sida
1	Information från ordföranden 2026	2025/1556	3
2	Information från socialdirektören 2026	2025/1557	4
3	Månadsrapport augusti 2026	2026/959	5
4	Redovisning av delegationsbeslut september 2026	2026/752	6 - 8
5	Redovisning av meddelanden september 2026	2026/759	9 - 37
6	Statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service (LSS) kvartal två 2026	2026/902	38 - 40
7	Statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut enligt 11 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL) kvartal två 2026	2026/903	41 - 44
8	Yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende	2026/833	45 - 122
9	Delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens verksamhetsplan 2026	2025/346	123 - 248
10	Delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens plan för internkontroll 2026	2025/347	249 - 269
11	Delårsuppföljning januari-augusti 2026, Privata utförare	2025/61	270 - 278
12	Insatser utan behovsprövning för barn, unga och föräldrar	2026/951	279 - 285



13	Yttrande över granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll	2025/1119	286 - 314
14	Yttrande över granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut	2025/1209	315 - 371
15	Information om arbetsmiljöprojekt och kompetensförsörjning	2026/1027	372
16	Information om Kronan särskilt boende för äldre	2026/1028	373
17	Information om ordförandeuppdrag	2026/1085	374 - 376
18	Information - återkoppling av utredningar enligt lex Sarah	2026/1125	377
19	Yttrande enligt 10 kap 2 § OSL	2026/1037	378 - 383
20	Meddelanden vuxna och barn från enskilda utskottet 2026-08-12	2026/349	384 - 385
21	Meddelanden vuxna och barn från enskilda utskottet 2026-08-26	2026/737	386 - 389



Information från ordföranden

Ärendenr 2025/1556-3.9.0.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Ordföranden delger socialnämnden information om aktuella frågor.



Information från socialdirektören 2026

Ärendenr 2025/1557-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Socialdirektören delger socialnämnden information om aktuella frågor.

Månadsrapport augusti 2026

Ärendenr 2026/959-3.9.0.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna månadsrapporten för augusti månad 2026.

Sammanfattning av ärendet

Socialförvaltningen informerar om ekonomiskt utfall för perioden och prognos för året. Ekonomiskt utfall och prognos redovisas per verksamhetsområde och statistik redovisas gällande personlig assistans, individ och familjeomsorg, försörjningsstöd, stöd i hemmet och särskilt boende. Månadsrapporten följer löpande upp större investeringar.

Beslutsunderlag

- Månadsrapport augusti 2026

Ida Johansson

Avdelningschef verksamhetsstöd & utveckling

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp



Redovisning av delegationsbeslut september 2026

Ärendenr 2026/752-1.1.1.7

Socialnämnden beslutar att godkänna redovisningen av anmälda delegationsbeslut.

Beskrivning av ärendet

Beslut fattade på delegation ska anmälas till socialnämnden på nästföljande sammanträde. Följande beslut redovisas enligt gällande delegationsordning:

Delegat	Beslutsdatum
Socialdirektör Änr 2026/977 (Hid: 2026.3004) Utse arkivansvarig för socialnämnden	2026-08-20
Verksamhetschef/avdelningschef Änr 2025/1231 (Hid 2026.3141 och 2026.3142) Avslag på begäran om allmän handling	2026-08-26
Änr 2025/1231 (Hid 2026.3135, 2026.3136, 2026.3137, 2026.3138, 2026.3139 och 2026.3140) Avslag på begäran om allmän handling	2026-09-01
Änr 2025/1231 (Hid 2026.3234) Avslag på begäran om allmän handling	2026-09-02
Änr 2025/1231 (Hid: 2026.3232 och 2026.3236) Avslag på begäran om allmän handling	2026-09-03
Änr 2026/1057 (Hid: 2026.3227) Projektmedel lokalt arbete med suicidprevention	2026-09-04
Änr 2025/1231 (Hid: 2026.3266, 2026.3268, 2026.3270 och 2026.3272) Avslag på begäran om allmän handling	2026-09-08
Änr 2026/1074 (Hid: 2026.3325) Ansökan om statsbidrag till kommuner 2026 för att stärka arbetet med att hjälpa våldsutsatta att ordna stadigvarande boende	2026-09-10



Änr 2026/950 (Hid: 2026.3358) 2026-09-14
Polisanmälan – stöld av läkemedel

Änr 2026/960 (Hid: 2026.3359) 2026-09-14
Polisanmälan – stöld av brukares kontanter

MAS/MAR/SAS

Änr 2026/837 (Hid: 2026.2997) 2026-08-18
Lex Sarah - bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/904 (Hid: 2026.2999) 2026-08-18
Lex Sarah - bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/945 (Hid: 2026.3000) 2026-08-18
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/809 (Hid: 2026.3002) 2026-08-19
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/954 (Hid: 2026.3016) 2026-08-20
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/626 (Hid: 2026.3077) 2026-08-28
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/850 (Hid: 2026.3112) 2026-08-31
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/454 (Hid: 2026.3183) 2026-09-03
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/971 (Hid: 2026.3228) 2026-09-06
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/905 (Hid: 2026.3258) 2026-09-07
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/987 (Hid: 2026.3261) 2026-09-08
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/882 (Hid: 2026.3274) 2026-09-08
Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/946 (Hid: 2026.3275) 2026-09-08



Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/1001 (Hid: 2026.3334) 2026-09-10

Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/1020 (Hid: 2026.3335) 2026-09-11

Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Änr 2026/883 (Hid: 2026.3351) 2026-09-14

Lex Sarah – bedömning av allvarlighetsgrad

Särskilt förordnad inköpssamordnare

Änr 2026/968 (Hid: 2026.3008) 2026-08-20

Direktupphandling för sociala och särskilda
tjänster

Änr 2026/986 (Hid: 2026.3015) 2026-08-20

Direktupphandling för sociala och särskilda
tjänster

Övriga beslut

Antal avslagsbeslut för personer över 85 år Augusti 2026
gällande särskilt boende

Ett avslagsbeslut för augusti 2026, en man

- Nyanställningar per rekryteringsväg, perioden 2026-08-01 – 2026-08-31 (bilaga 2)
- Inkodade beslut i verksamhetssystemet, enskilda ärenden för perioden 2026-08-01 – 2026-08-31 (bilaga 3)
- Förhöjt arvode till familjehem, inget att redovisa
- Fullmakt, nr 9--14 2026 (bilaga 5)



Redovisning av meddelanden september 2026

Ärendenr 2026/759-1.1.1.7

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga redovisade meddelanden till handlingarna.

Beskrivning av ärendet

Följande meddelanden redovisas:

Avsändare	Ämne
Kommunstyrelsen 2026-08-17 § 167	Änr 2026/759 (Hid: 2026.3007) Riktlinjer för attest för Luleå kommun
Kommunstyrelsen 2026-08-17 § 167	Änr 2026/759 (Hid: 2026.3012) Bilaga: Förslag - Riktlinjer för attest Luleå kommun
Kommunstyrelsen 2026-08-27 § 182	Änr 2026/759 (Hid: 2026.3013) Prioriteringar av investeringar 2027
Kommunstyrelsen 2026-08-27 § 183	Änr 2026/759 (Hid: 2026.3014) Revidering av Luleå kommuns delårsrapport januari-april 2026
Kommunfullmäktige 2026-08-31 § 115	Änr 2026/759 (Hid: 2026.3188) Policy för artificiell intelligens, AI
Kommunstyrelsen 2026-06-16 § 161	Änr 2026/391 (Hid: 2026.3254) Svar på remiss Rättssäker samhällsvård för barn och unga SOU 2026:8





§ 167

Riktlinjer för attest för Luleå kommun

Ärendenr 2026/789-1.3.1.3

Kommunstyrelsens beslut

1. Kommunstyrelsen beslutar att anta riktlinjer för attest för Luleå kommun.
2. Riktlinjerna ersätter Fastställt attestreglemente 2019, KLF Hid: 2019.8706 samt Attestreglemente tillämpningsanvisningar 2019.

Sammanfattning av ärendet

Dessa riktlinjer ska användas som stöd för alla som deltar i hanteringen av ekonomiska transaktioner i Luleå kommun. Syftet med riktlinjerna är att bidra till en rättvisande redovisning samt motverka att oegentligheter förekommer. Riktlinjerna ska säkerställa en god kontroll av alla ekonomiska transaktioner för att undvika oavsiktliga eller avsiktliga fel och därigenom säkerställa att ekonomiska transaktioner som bokförs är korrekta.

Riktlinjerna ersätter de tidigare dokumenten attestreglemente senast reviderad av kommunstyrelsen 2020-01-13 § 14, och attestreglemente tillämpningsanvisningar, beslutad av kommundirektör. Attestreglementet och tillämpningshänvisningarna är i behov av uppdateringar. Dokumenten har därför setts över och föreslås ersättas med ett samlat styrdokument.

Inga större förändringar av innehållet föreslås utan innehållet har främst skrivits om och visst innehåll har förtydligats. Det har tillkommit information kring bland annat att Luleå kommun ska använda sig av beloppsgränser vid attest, samt ett nytt stycke om oegentligheter.

Kommunstyrelsens arbetsutskott har 2026-06-01 § 91 föreslagit kommunstyrelsen besluta att anta riktlinjer för attest för Luleå kommun, och att riktlinjerna ersätter Fastställt attestreglemente 2019, KLF Hid: 2019.8706 samt Attestreglemente tillämpningsanvisningar 2019.

Sammanträdet

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag under proposition och finner att kommunstyrelsen bifaller förslaget.

**Dialog**

Kommunstyrelseförvaltningen har tagit fram riktlinjer för attest i dialog med samtliga förvaltningar.

Beslutsunderlag

- Förslag – Riktlinjer för attest för Luleå kommun, KLF Hid: 2026.5774
- Fastställt attestreglemente 2019, KLF Hid: 2019.8706
- Attestreglemente tillämpningsanvisningar 2019, KLF Hid: 2026.5775
- Kommunstyrelseförvaltningens förslag till beslut gällande Riktlinjer för attest för Luleå kommun, KLF Hid: 2026.5773
- Kommunstyrelsens arbetsutskotts beslut 2026-06-01 § 91, KLF Hid: 2026.5973

Beslutet skickas till

Samtliga nämnder och förvaltningar

Riktlinje för attest



Dokumentinformation

Dokumentnamn	Kategori	Publicerad	
Riktlinje för attest	Normerande	☒ Hemsida	☒ intranät
Ärendenummer	Beslutad av	Beslutsdatum	Giltighetstid
KLF 2026/789	Kommunstyrelsen	XXXX-XX-XX	Tillsvidare
Dokumentägare		Gäller för	
Ekonomichef		Samtliga förvaltningar i kommunen	

Syfte
Vägledning för hantering av attest i kommunen
Uppföljning
Underlag
Gällande lagar och rekommendationer inom området

Ersätter	
Attestreglemente och attestreglemente tillämpningsanvisningar	
Ärendenummer	Beslutsdatum
2019/1749	2020-01-13

Innehållsförteckning

Inledning	4
Avgränsning	4
Roller	5
Kontrollernas utformning och begränsning av attesträtt	5
Personliga utlägg	7
Vid misstanke om oegentligheter	7
Avslutning	8
Genomförande	8
Uppföljning	8
Aktualisering	8

Inledning

Denna riktlinje ska användas som stöd för alla som deltar i hanteringen av ekonomiska transaktioner i Luleå kommun. Syftet med riktlinjen är att bidra till en rättvisande redovisning samt motverka att oegentligheter förekommer. Riktlinjen ska säkerställa en god kontroll av alla ekonomiska transaktioner för att undvika oavsiktliga eller avsiktliga fel och därigenom säkerställa att ekonomiska transaktioner som bokförs är korrekta.

Avgränsning

Riktlinjen gäller för alla förvaltningar inom Luleå kommun. Kommunens helägda bolag utfärdar egna regler som i tillämpliga delar ska beakta kommunens riktlinjer.

Riktlinjen tillämpas på ekonomiska transaktioner. Med ekonomiska transaktioner avses transaktioner som bokförs i kommunens ekonomisystem enligt lagen om kommunal redovisning. Med attest avses ett godkännande att kontroll av den ekonomiska transaktionen utförts utan anmärkning, det kan ske elektroniskt eller genom namnteckning

Roller

Fakturakontrollant är normalt den tjänsteperson som beställt och mottagit varan/tjänsten eller den tjänsteperson som har kunskap om att transaktionen följer beslut eller ingångna avtal. Fakturakontrollant ska tillämpa regler enligt denna riktlinje och rapportera upptäckta brister.

Beslutsattestant är normalt den som är budgetansvarig alternativt överordnad chef i de fall den budgetansvariga har gransknings attesterat transaktionen. Beslutsattestant ansvarar för att tillämpa regler enligt denna riktlinje och rapportera upptäckta brister. Om beslutsattestanten upptäcker brister genom felaktigheter eller tveksamheter är denne skyldig att vidta åtgärder. En beslutsattestant ska vara opartisk i sitt uppdrag.

Ekonomisystemet kontrollerar att fakturakontrollen och beslutattest utförs två i förening samt att beslutattestant är behörig attestant enligt uppsatt regelverk i systemet. Manuella utbetalningar kontrolleras manuellt av ekonomisystemet mot attestförteckningen.

"I Rutin för teckningsrätt inom ekonomiområdet" finns beskrivet vilka som har behörighet att göra utbetalningar från kommunens bankkonto. Där framgår även vilka som har behörighet att ta fram utbetalningsfiler för exempelvis löner och försörjningsstöd.

Kontrollernas utformning och begränsning av attesträtt

Attestarbetet ska utformas så att den interna kontrollen inom förvaltningen är tillräcklig. Kontrollkostnaden ska stå i rimlig proportion till riskerna. Rutinerna ska minimera risken för felaktiga utbetalningar.

Följande ska beaktas vid utformning av attestrutiner/tillämpningsanvisningar:

- Ansvarsfördelning - Ansvarsfördelningen ska vara tydlig.
- Tvåhandsprincip - Ingen person ska ensam hantera en transaktion från början till slut.
- Kompetens - Den som har rollen att utföra en kontrollåtgärd ska ha nödvändig kompetens för uppgiften.
- Självständighet - Den som utför kontroll av en annan person, särskilt vid beslutsattest, ska ha en självständig ställning gentemot den kontrollerade, vilket innebär att underordnad inte kan gå in som ersättare för överordnad chef avseende personliga kostnader. Avsteg vid:

- nämndsordförandes kostnader som beslutat testeras av förvaltningschef
 - kommundirektörens egna kostnader som beslutat testeras av redovisningschef efter godkännande av kommunstyrelsens ordförande
 - kommunrevisionens kostnader beslutat testeras av redovisningschef efter kontroll med kommunrevisionens ordförande
 - vid behov ersätter kommunens redovisningschef kommunens ekonomichef
- Jäv eller jävsliknande situation - Den som utför kontrollen får inte kontrollera in- och utbetalningar till sig själv eller närstående eller i de fall då den kontrollansvarige kan anses ha ett sådant intresse i ett ärende att dennes opartiskhet kan ifrågasättas.

Enligt kommunallagen är en anställd jävig om

- Saken angår honom eller henne själv eller hans eller hennes make, sambo, förälder, barn eller syskon eller någon annan närstående eller om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för den anställda själv eller någon närstående (sakägarjäv, släktskapsjäv, intressejäv).
- Han eller hon eller någon närstående är ställföreträdare för den som saken angår eller för någon som kan vänta synnerlig nytta eller skada av ärendets utgång (ställföreträdarjäv).
- Ärendet rör tillsyn över sådan kommunal verksamhet som han eller hon själv är knuten till (tillsynsjäv).
- Han eller hon har fört talan som ombud eller mot ersättning biträtt någon i saken (ombudsjäv), eller
- Det i övrigt finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet för hans eller hennes opartiskhet i ärendet (delikatessjäv).

Till delikatessjäv räknas till exempel sådana fall då någon är uppenbar vän eller ovän med eller är ekonomiskt beroende av en part eller intressent eller direkt lyder under personen. Även fall då den handläggande är engagerad i saken på ett sådant sätt att misstanke lätt kan uppkomma om att det brister i förutsättningarna för en opartisk bedömning kan utgöra delikatessjäv.

Detsamma gäller kostnader i tjänsten (till exempel vid resor, kurser, konferenser eller liknande tillfällen där personen själv deltagit) och kostnader av personlig karaktär. Detta innefattar också bolag eller föreningar där den kontrollansvarige eller närstående har ägarintressen eller ingår i ledningen. För bedömning om jäv föreligger ska försiktighetsprincipen tillämpas. Föreligger jäv ska beslutsattesten utföras av överordnad chef.

- Begränsning av uppdraget - Attestuppdraget kan begränsas, exempelvis genom tidsperiod eller belopp. Beloppsgränser för olika befattningshavare regleras på ett tydligt sätt i attestförteckningen. För olika befattningshavare fastställs maxbelopp för beslutsattest. När förvaltningsdirektör utser beslutsattestant beslutar personen vilket belopp, inom angivna beloppsgränser, som beslutsattestanten ska kunna attestera.

I vissa verksamheter kan undantag från beloppsgränserna behöva göras.

- Dokumentation - Vidtagna kontrollåtgärder ska dokumenteras på ändamålsenligt sätt. Kontroller dokumenteras genom attest med hjälp av elektronisk signatur. Vid manuell hantering skriver beslutsattestanten och granskningsattestanten sin namnteckning på konteringsunderlaget.
- I Luleå kommun gäller som huvudregel att inköp ska göras av behörig beställare genom inköpssystemet. Vid inköp gjorda i systemet sker beslutsattest i samband med att beställning läggs.

Personliga utlägg

I absoluta undantagsfall där inget annat betalningsmedel är möjligt, kan medarbetare göra privata utlägg. Det krävs ett skriftligt godkännande i förväg från närmsta chef för att utlägget ska godkännas. Utlägg i samband med resor och tjänsteuppdrag ersätts efter redovisning av kvitton eller motsvarande i samband med upprättande av reseräkning, övriga utlägg betalas ut via e-tjänst Utbetalning. För privata utlägg gäller samma upphandlade avtal och inköpsrutiner som för övriga inköp i kommunen.

Vid misstanke om oegentligheter

Om en attestant upplever att inköpt vara eller tjänst är verksamhetsfrämmande eller misstänker andra typer av oegentligheter ska attest inte utföras. När brister upptäcks i samband med attest rapporteras dessa till närmast överordnad chef eller annan chef som attestanten har förtroende för och som i sin tur rapporterar till förvaltningens ekonomiansvarig. Attestanten kan också kontakta kommunens redovisningschef, ekonomichef, kommundirektör eller kommunjurist. Allvarliga brister ska även rapporteras till kommunstyrelsen och berörd nämnd via kommunens ekonomichef.

Avslutning

Genomförande

Varje nämnd ansvarar för att attestering av ekonomiska händelser inom sitt verksamhetsområde genomförs i enlighet med denna riktlinje.

Förvaltningsdirektör ansvarar för att riktlinjen omsätts i verksamheten.

Chef med attesträtt ansvarar för att följa riktlinjen samt gällande lagar, avtal och övriga styrande dokument.

Uppföljning

Varje nämnd ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnderna ska därvid säkerställa att verksamheten följer dessa riktlinjer.

Kommunstyrelsen har uppsikt över verksamheterna och kan besluta om riskområden och obligatoriska kontrollmoment samt göra egna kontroller av verksamheternas efterlevnad av riktlinjen.

Aktualisering

Kommunstyrelseförvaltningens ekonomichef ansvarar för att riktlinjen är aktuell.



§ 182

Prioriteringar av investeringar 2027

Ärendenr 2026/773-1.3.3.1

Kommunstyrelsens beslut

1. Kommunstyrelsens beslutar att fastställa nedanstående plan för prioritering av investeringar inför år 2027.
2. Den redovisade kompletteringen om vilka projekt som är pågående läggs till ärendet.

Reservationer

Arne Nykänen (C), Dexter Krokstedt (SD), Samuel Ek (KD), Ylva Mjårdell (L), Sana Suljanovic (M) och Matti Björk (M) reserverar sig mot beslutet.

Sammanfattning av ärendet

För att säkerställa en långsiktigt hållbar och strategiskt förankrad investeringsplanering inför 2027 krävs en samlad och tydlig prioritering av planerade investeringar. Mot bakgrund av begränsade ekonomiska resurser och ökade behov i verksamheten behöver investeringar värderas och ställas mot varandra utifrån såväl nytta som kostnad. Prioriteringsplanen ska därför utgöra ett stöd i denna avvägning och bidra till en transparent och välgrundad beslutsprocess.

Prioriteringarna ska ge en tydlig riktning för vilka investeringar som ska prioriteras inför 2027 samt ange uppskattade beloppsnivåer för respektive investeringsområde och därmed möjliggöra en samlad bedömning av investeringsvolymen i relation till de ekonomiska ramarna.

Inför budget 2027 ska följande områden för investeringar prioriteras:

- Förskolor och skolor, ny- och reinvesteringar, 328 mkr
 - Förskolor
 - Framnäs förskola
 - Hägerns förskola
 - Spira förskola
 - Grundskolor
 - Hertsöskolan
 - Stadsöskolan



- Borgmästarskolan (mindre åtgärder)
- Tunaskolan
- Östra skolan (mindre åtgärder)
- Midskogsskolan
- Örnässkolan
- Gymnasieskolan
 - Lärkan
 - Örnen (delvis grundskola)
- Övrigt skolor
 - Inventarier
 - Inredning och verksamhetsutrustning
 - Säkerhetsåtgärder
 - Utemiljöer grundskola
 - Åtgärder i befintliga lokaler, t ex tillgänglighetsanpassningar

Tillkommer 27 mkr för skolområde Bergnäset där utredning pågår.

- Satsningar på lekplatser och bra skolvägar, 17 mkr
 - Lekplatser
 - Bra skolvägar (påverkas av skolstrukturen)
 - Svedjevägen, Svedjeskolan
 - Övägen, Stadsöskolan
 - Residensgatan, kvarteret Örnen Residensskolan
 - Tunaskolan
- Nybyggnation av vård och omsorgsboende på Bergviken, 150 mkr
- Ny- och reinvesteringar i friluft- och idrottsanläggningar, konst, kultur och skärgård 53 mkr
 - Konstgräs
 - Liftanläggning Måttund
 - Idrottshall Hälsans Hus
 - Golv Porsöhallen
 - Friidrottsyta Nyabvallen
 - Scenteknik Kulturens Hus
 - Reinvestering byggnader Hägnan
 - Konst
 - Skärgård; avfallshantering och miljöbrygga samt löpande årliga behov
 - Biblioteksverksamheten
 - Övrigt kultur- och fritidsverksamhet



- Ny- och reinvesteringar i infrastruktur och fastigheter, 332 mkr
 - Fastigheter
 - Gator och vägar
 - Broar och viadukter
 - GC-vägar
 - Arbetsmaskiner
 - Belysning
 - Kajen Norra hamn
 - Trafiklösning Ytterviken
 - Erosionsåtgärder Svartöbrinken
 - Tillgänglighet busshållplatser
 - Övrig infrastruktur
- Exploatering för att möjliggöra bostadsförsörjning och etableringar (inklusive exploateringar VA), 216 mkr
 - Bostadsområden, främst
 - Hertsöheden
 - Bävern
 - Rutvik
 - Gültzaudden, kvarteret Svanen
 - Kronandalen
 - Dalbo
 - Arbetsplatsområden, främst
 - Rutvik södra och östra
 - Råneå sörsidan
 - Ektjärn/Storheden
 - Hertsöfältet/Svartön
 - Kyrkåkra
- Prioriterade investeringar i IT, informationssäkerhet och beredskap, 62 mkr
- Ny- och reinvesteringar i vatten- och avloppsinfrastruktur, 224 mkr
 - Huvudstråk Luleå-Boden
 - Hantverkarsvägen
 - Trekanten
 - Klöverträsk
 - Ängesbyn
 - Niemisel
 - Uddebo
 - Förstärkning Sörbyarna
 - Reinvesteringar i verk och nät



- Övriga mindre investeringar, 32 mkr
 - Räddningsfordon
 - Trygghetspunkter
 - Luleå förslaget
 - Inventarier, utrustning och lokalanpassning (exklusive skolor och förskolor)
 - Markförvärv
 - Åtgärder för ökad tillgänglighet i vallokaler
 - Övriga mindre investeringar

Större investeringsprojekt löper vanligtvis över flera år, vilket innebär att angivna belopp endast avser 2027 och inte investeringens totala kostnad.

Ovanstående områden för investeringar ska ligga till grund för prioriteringar i samband med framtagande av mål och budget 2027–2029 samt nämndernas verksamhetsplaner för 2027.

Kommunstyrelseförvaltningen har föreslagit kommunstyrelsen besluta att fastställa ovanstående plan för prioritering av investeringar inför år 2027.

Vid kommunstyrelsens arbetsutskotts sammanträde 2026-06-01 beslutade utskottet att bordlägga ärendet till kommunstyrelsens arbetsutskotts sammanträde 2026-08-17.

Kommunstyrelsens arbetsutskott har 2026-08-17 § 107 föreslagit kommunstyrelsen besluta att fastställa nedanstående plan för prioritering av investeringar inför år 2027, och att den redovisade kompletteringen om vilka projekt som är pågående läggs till ärendet. Vid ärendets hantering reserverade sig Samuel EK (KD) och Matti Björk (M) mot beslutet.

Sammanträdet

Arne Nykänen (C), Dexter Krokstedt (SD), Samuel Ek (KD), Ylva Mjördell (L), Sana Suljanovic (M) och Matti Björk (M) föreslår avslå förslaget.

Fredrik Hansson (S), Fredrik Bruhn (S) och Ulrika Lundgren (V) föreslår bifalla förslaget.

Beslutsgång

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag och Arne Nykänen med fleras avslagsförslag mot varandra och finner att kommunstyrelsen bifaller arbetsutskottets förslag.



Dialog

Dialog har skett inom budgetprocessen för 2027–2029.

Beslutsunderlag

- Kommunstyrelsens arbetsutskotts beslut 2026-06-01 § 86, KLF Hid: 2026.5972
- Kommunstyrelseförvaltningens förslag till beslut gällande prioriteringar av investeringar 2027, KLF Hid: 2026.5765
- Kompletterande information gällande prioritering av investeringar 2027, KLF Hid: 2026.7800
- Kommunstyrelsens arbetsutskotts beslut 2026-08-17 § 107, KLF Hid: 2026.7837

Beslutet skickas till

Samtliga nämnder/förvaltningar



§ 183

Revidering av Luleå kommuns delårsrapport januari-april 2026

Ärendenr 2026/767-1.2.1.2

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsen beslutar att godkänna förenklad delårsrapport för januari-april 2026 med korrigeringar avseende socialnämndens del av delårsrapporten.

Sammanfattning av ärendet

Kommunstyrelsen har 2026-06-01 § 152 beslutat att godkänna förenklad delårsrapport för januari-april 2026.

Med anledning av att socialnämndens del i Luleå kommuns delårsrapport korrigerats vid nämndens möte 2026-05-28 § 122 framgick felaktiga uppgifter i det underlag som låg till grund för kommunstyrelsens beslut.

Korrigeringarna berör socialnämndens inledning av delårsuppföljningen, två reviderade måluppfyllelser av nämndmål samt kommentarer till prognos för investeringar.

Inledningen har inte ändrats i innehåll men strukturerats annorlunda. Nämndmålen *Erbjuda en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet* och *Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan* har målbedömningen "delvis uppfyllt" i stället för "i hög grad uppfyllt". Kommentarer avseende investeringar har förtydligats.

Kommunstyrelsens arbetsutskott har 2026-08-17 § 110 föreslagit kommunstyrelsen besluta att godkänna förenklad delårsrapport för januari-april 2026 med korrigeringar avseende socialnämndens del av delårsrapporten.

Sammanträdet

Ordföranden ställer arbetsutskottets förslag under proposition och finner att kommunstyrelsen bifaller förslaget.



Beslutsunderlag

- Kommunstyrelseförvaltningens förslag till beslut, KLF Hid: 2026.7659
- Socialnämndens del av bilaga, inklusive korrigeringar, KLF Hid: 2026.7660
- Socialnämndens beslut 2026-05-28 § 122, KLF Hid: 2026.6179
- Kommunstyrelsens beslut 2026-06-01 § 152 Luleå kommuns delårsrapport januari-april 2026, KLF Hid: 2026.6073
- Kommunstyrelsens arbetsutskotts beslut 2026-08-17 § 110, KLF Hid: 2026.7839

Beslutet skickas till

Socialförvaltningen

Socialnämnden



§ 115

Policy för användning av artificiell intelligens, AI

Ärendenr 2025/1159-1.3.1.3

Kommunfullmäktiges beslut

Kommunfullmäktige beslutar att anta policy för användning av artificiell intelligens, AI.

Sammanfattning av ärendet

Bakgrunden till detta förslag är den snabbt ökande användningen av artificiell intelligens (AI) inom den offentliga sektorn. Detta har skapat ett behov av att klargöra kommunens värdebaserade förhållningssätt till AI-användningen. Policyn är kortfattad och ger, genom principerna, norm för etisk, säker och ansvarsfull användning av AI samtidigt som den lägger grunden för att tekniken bidrar till förnyelse och blir ett verktyg för att möta våra välfärdsutmaningar på ett hållbart och genomtänkt sätt.

Kommunfullmäktige beslutade 2024-11-18 § 182 att bifalla motionen om AI – möjligheter och risker som lämnats in av Samuel Ek (KD).

Kommunstyrelseförvaltningen har därefter arbetat med att ta fram styrande dokument som beskriver hur Luleå kommun ska förhålla sig till AI för att säkerställa en etisk, säker och ansvarsfull användning av AI.

Kommunstyrelsen har 2025-10-06 § 230 beslutat återremittera förslaget till policy med motiveringen att *AI är ett komplext och snabbt föränderligt område där både teknik och regelverk utvecklas i hög takt. För att säkerställa en långsiktigt hållbar policy bör en extern aktör, exempelvis SKR, bidra med en genomlysning av förslaget. Därför föreslås återremiss för att kvalitetssäkra och förbättra policyn innan beslut fattas. Vidare ska policyn beakta tillförlitlighet och källkritik.*

Föreliggande förslag är en omarbetning utifrån återremissen som omhändertagit skälen för återremiss genom genomlysning av representant för Sveriges kommuner och regioner, SKR, samt beaktande av källkritik.

Kommunstyrelsen har 2026-08-17 § 173 föreslagit kommunfullmäktige besluta att anta policy för användning av artificiell intelligens, AI.

**Sammanträdet**

Ordföranden ställer kommunstyrelsens förslag under proposition och finner att kommunfullmäktige bifaller förslaget.

Beskrivning av ärendet

År 2024 inleddes arbetet med att ta fram ett förslag till policy för användningen av AI (AI-policy) för Luleå kommun i enlighet med processen som Sveriges kommuner och regioner, SKR, och Myndigheten för digital förvaltning, DIGG, rekommenderar för att ta fram en AI-policy.

Policyns principer gäller för samtliga medarbetare i Luleå kommuns verksamheter och kommunens nämnder och bolag ansvarar för att policyns principer är kända och efterlevs. Vilka AI-tjänster och plattformar som är godkända för att hantera kommunens information kan variera över tid och kommer att regleras i en separat riktlinje. Principerna är:

Ansvar

AI är ett verktyg som ska stödja, inte ersätta, mänskligt omdöme.

AI kommer sannolikt inte att ersätta mänskligt beslutsfattande inom över-skådlig tid, utan fungera som ett stöd. Tekniken är snabb och analytisk, men saknar etiskt omdöme, intuition och kontextuell förståelse i komplexa situationer.

Människan har alltid ansvaret för att AI-genererat resultat inte ska leda till skada eller orättvisa mot individer.

AI är en del av verksamheten. För varje AI-tillämpning ska det finnas en organisation för att förvalta den.

Integritet och säkerhet

AI-tillämpningar ska skydda användarnas och invånarnas integritet samt upprätthålla hög säkerhet och sekretess.

Personuppgifter och känslig information ska hanteras i enlighet med gällande regler för dataskydd och informationssäkerhet. AI-system ska utformas med hänsyn till användarnas rättigheter och preferenser.

Endast av organisationen godkända AI-tjänster och plattformar ska användas för att hantera kommunens information. Varje AI-tillämpning ska följa relevant lagstiftning och genomgå systematisk analys av risker och konsekvenser innan införande.

*Nytta*

AI ska bidra till nytta och hållbarhet i enlighet med kommunens vision. AI bör tillämpas när den erbjuder fördelar över andra tekniker.

AI ska bidra till en mer resurseffektiv verksamhet genom att optimera processer och minska onödigt dubbelarbete.

En förutsättning för att AI ska leverera rätt nytta vid rätt tillfälle är att användarna innehar eller erhåller relevanta förmågor för ett effektivt och tryggt tillvägagångssätt.

Rättvisa och icke-diskriminering

AI-tillämpningar ska utformas så att alla individer och grupper behandlas rättvist och jämlikt. Detta innebär att AI-tillämpningar inte får diskriminera, utesluta eller skada någon på grund av deras identitet, bakgrund eller andra omständigheter. AI ska respektera människors värdighet och mångfald samt främja social rättvisa, demokrati, mänskliga rättigheter och barns rättigheter. Resultat från AI ska granskas kritiskt för att undvika snedvridningar eller orättvisa utfall.

Källkritik och tillförlitlighet

AI-tillämpningar ska vara robusta, motståndskraftiga och baserade på relevanta och tillförlitliga data.

Användare ska vara medvetna om att AI-tillämpningar kan generera felaktiga eller ofullständiga resultat och alltid använda ett källkritiskt förhållningssätt. AI avslöjar sällan sina källor, vilket gör det svårt att faktagranska. Information från generativ AI ska behandlas som ett "förslag" och dubbelkollas mot tillförlitliga primärkällor.

Transparens och spårbarhet

Användningen av AI ska vara öppen och förklarlig. Det är viktigt att det framgår när material (text, bild, ljud etc) är AI-genererat.

AI-tillämpningar ska redovisa vilka faktakällor och språkmodeller som används. Användare ska få tydlig information om syfte, funktion och drift.

Dialog

Under beredningen av förslaget till AI-policy har en omfattande dialog genomförts, både internt och externt, för att säkerställa att relevanta perspektiv och intressen beaktas.



AI-samverkan är en intern samverkan med representanter från de olika förvaltningarna, inklusive IT och jurister. Den återkommande dialogen med AI-samverkan har säkerställt att förslaget är väl anpassat till kommunens olika verksamheter och överensstämmer med kommunens övergripande mål och strategier.

Dialog har också genomförts med en större grupp tjänstepersoner från förvaltningar och bolag genom en workshop med stöd av AI Sweden enligt en scenariomodell som testar policy mot verkliga användningsfall.

En remissrunda till olika intressegrupper internt i kommunkoncernen för kommentarer och synpunkter.

Efter återremiss har en dialog med två representanter från Sveriges kommuner och regioner, SKR, förts för att genomlys och kvalitetssäkra förslaget. Det var digital strateg för avdelningen Ekonomi och Styrning samt förbundsjurist som deltog.

En dialog med AI Sweden för genomgång och uppdatering av förslaget. AI Sweden är ett partnernätverk som består av fler än 170 partner från alla sektorer som finansieras av bland annat Sveriges innovationsmyndighet Vinnova, Tillväxtverket och Europeiska regionala utvecklingsfonden.

Kommunens AI-råd samt Arena utveckling som är två interna beslutsforum med representation för verksamheterna har tagit ställning till förslagen.

Samtliga synpunkter har tagits om hand och behandlats på ett strukturerat sätt.

Dialog har även förts med ordförandena i nämnderna.

Beslutsunderlag

- Policy för användning av artificiell intelligens (AI), KLF Hid: 2026.5789
- Kommunstyrelsens beslut 2025-10-06 § 230, KLF Hid: 2025.10167
- Kommunstyrelseförvaltningens förslag till beslut gällande policy för användning av artificiell intelligens, AI, KLF Hid: 2026.5788
- Kommunstyrelsens arbetsutskotts beslut 2026-06-01 § 98, KLF Hid: 2026.5980
- Kommunstyrelsens beslut 2026-08-17 § 173, KLF Hid: 2026.7913

Beslutet skickas till

Alla nämnder och bolag i Luleå kommunkoncern



§ 161

Svar på remiss Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8)

Ärendenr 2026/484-1.3.1.5

Kommunstyrelsens beslut

Kommunstyrelsen beslutar att anta socialförvaltningens svar på remiss Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8) enligt nedan och avge som Luleå kommuns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning av ärendet

Regeringen har remitterat betänkandet Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8) till Luleå kommun för synpunkter. Betänkandet innehåller omfattande förslag för att stärka rättssäkerheten i LVU processen, förbättra skyddet för barn och unga samt tydliggöra myndigheternas ansvar.

Socialförvaltningen bedömer att många av förslagen kan stärka barnrättsperspektivet och bidra till mer likvärdig tillämpning i landet, men lyfter också behovet av ökade resurser för att möjliggöra ett rättssäkert genomförande. Flera av förslagen har praktiska, ekonomiska och organisatoriska konsekvenser för kommunens verksamheter.

Remissvaret ska ha inkommit till Socialdepartementet senast den 10 augusti 2026.

Socialnämnden har 2026-05-28 § 117 rekommenderat kommunstyrelsen att anta socialförvaltningens svar på remiss Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8) enligt nedan och avge som Luleå kommuns svar till Socialdepartementet.

Samhällsbyggnadsutskottet har 2026-06-15 § 65 föreslagit kommunstyrelsen besluta att anta socialförvaltningens svar på remiss Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8) enligt nedan och avge som Luleå kommuns svar till Socialdepartementet.

Sammanträdet

Ordföranden ställer samhällsbyggnadsutskottets förslag under proposition och finner att kommunstyrelsen bifaller förslaget.



Beskrivning av ärendet

Utredningen föreslår bland annat ökade krav på sakkunskap i både socialnämndens och domstolens handläggning, förtydligade tidsfrister vid omedelbart omhändertagande, tydligare regler om vårdens upphörande, förstärkt rättssäkerhet vid beslut om umgänge samt en utökad skyldighet för socialnämnden att följa upp barns situation efter avslutad vård.

Socialförvaltningen bedömer att dessa förändringar stärker rättssäkerheten, särskilt genom tydligare beslutsgrunder, förbättrade underlag och ökat fokus på barnets bästa. Samtidigt innebär förslagen ett ökat arbets- och kompetenskrav för socialtjänsten, särskilt i fråga om tillgång till sakkunniga, administration av drogtestar, tätare uppföljningar och mer omfattande dokumentation.

Nedan följer socialförvaltningens synpunkter på de huvudsakliga förslagen i SOU 2026:8:

1. Ökad sakkunskap i LVU-processen

Utredningens förslag:

Socialnämnder ska i större utsträckning tillföra sakkunskap i ärenden, både från externa aktörer med kännedom om barnet (till exempel barn- och ungdomspsykiatri, BUP) och från sakkunniga med generell expertis.

Socialstyrelsen ska förordna ett nationellt register av sakkunniga inom bland annat barnpsykiatri, barnmedicin, psykologi och psykoterapi.

Domstolar ska i fler fall använda sakkunniga vid muntliga förhandlingar eller genom skriftliga yttranden.

Krav införs på att uppgifter som socialnämnden begär in ska lämnas inom angiven tid.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslagen. Ökad sakkunskap förväntas höja kvaliteten i utredningar och stärka rättssäkerheten.

Socialförvaltningen betonar dock att:

- tillgång till sakkunniga måste säkerställas i hela landet
- regionernas verksamheter måste ha kapacitet att svara i tid

2. Åklagares möjlighet att fatta omedelbara beslut

Utredningens förslag:

Åklagare ska inte ges generell beslutanderätt att fatta beslut om omedelbart omhändertagande enligt lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. I undantagsfall, där behörig beslutsfattare inte kan nå och barnet riske-



rar allvarlig skada, ska åklagare kunna fatta ett interimistiskt beslut som gäller högst 24 timmar.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen delar utredningens bedömning att åklagare inte bör ha ett parallellt och generellt mandat.

Den föreslagna mycket begränsade möjligheten vid extrema undantags-situationer tillstyrks.

3. Tidsfrister för underställning och verkställighet

Utredningens förslag:

Socialnämnden ska kunna avvakta med att underställa beslut om omedelbart omhändertagande om barnet riskerar att avvika eller hållas undan.

Rättens beslut om vård ska inte förfalla efter fyra veckor om barnet hålls undan; tidsfristen förlängs till upp till ett år.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslagen eftersom de stärker möjligheten att faktiskt verkställa beslut och skydda barn som är undanförda eller befinner sig i riskmiljöer.

4. Vårdens upphörande – trestegsmodell

Utredningens förslag:

En tydlig trestegsmodell införs för prövningen av om vård ska upphöra, med bedömning av:

- om grundproblematiken förändrats
- om vården fortfarande är nödvändig och till barnets bästa
- om vård kan ges med samtycke

Vårdplanen ska ange vilka förändringar som krävs för återförening.

Socialnämnden ska utse en särskild socialsekreterare med ansvar för kontakten med vårdnadshavare.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker samtliga delar. Förslagen skapar större tydlighet, förutsägbarhet och rättssäkerhet. Utnämning av en ansvarig socialsekreterare välkomnas som ett viktigt led i att förbättra kontakten med vårdnadshavare.

5. Umgänge – stärkt rättssäkerhet

Utredningens förslag:

- Umgängesreglerna skrivs om så att principen om barnets bästa får tydligare genomslag.



- Socialnämnden ska aktivt säkerställa barns rätt till relationer med föräldrar, syskon och andra närstående.
- Syskon och andra närstående ska ges rätt att överklaga beslut om umgängesbegränsning.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslagen. De leder till ökad tydlighet, mer rättssäkra bedömningar och bättre skydd för barns rätt till meningsfulla relationer.

6. Drogtester

Utredningens förslag:

- Drogtester ska inte vara obligatoriska som generellt utredningsmedel.
- Socialnämnden ska besluta om drogtest när det finns anledning och mindre ingripande åtgärder inte räcker.
- Vårdnadshavare ska vara skyldiga att medverka i testning vid beslut, men tvångsgenomförande tillåts inte.
- Regionen ska vara skyldig att erbjuda provtagning på socialnämndens initiativ, och kommunen ska stå för kostnaden.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslagen. Tydlig ansvarsfördelning och regionens skyldighet att tillhandahålla testning stärker rättssäkerheten och enhetligheten. Socialförvaltningen betonar dock att detta innebär ökad administration och kostnad för kommunen.

7. Uppföljning efter avslutad LVU-vård

Utredningens förslag:

- Uppföljningstiden förlängs till ett år.
- Uppföljning ska kunna beslutas även efter oplanerat avslutade öppenvårdsinsatser.
- Undantag görs från uppföljning om barnet fått vårdnaden överflyttad till familjehem.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslagen eftersom de stärker tryggheten och kontinuiteten för barnet. Samtidigt framhåller socialförvaltningen att den utökade uppföljningsskyldigheten kräver ökade resurser och kan påverka arbetsbelastningen avsevärt.

8. Ökat skydd för syskon

Utredningens förslag:



Skyldigheten att göra omedelbar skyddsbedömning och förhandsbedömning vid oro ska även omfatta syskon och andra barn i samma hem.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen tillstyrker förslaget. Det stärker helhetsskyddet för barn som lever i riskmiljöer och minskar risken att syskons utsatthet förbises.

9. Domstolens handläggning och återkommande omprövning enligt 3 § LVU
Utredningens förslag:

Beslut om fortsatt vård enligt 3 § LVU ska omprövas av domstol med sex månaders intervall.

Socialförvaltningens bedömning:

Socialförvaltningen är positiv till att vård enligt 3 § LVU prövas regelbundet av domstol. Det är viktigt för rättssäkerheten. Samtidigt anser förvaltningen att domstolens prövning i första hand bör ske skriftligt. Detta gäller särskilt när barnets situation i huvudsak är densamma som vid tidigare prövning. Muntlig förhandling bör hållas när det finns särskilda skäl, till exempel om det finns nya viktiga omständigheter i ärendet. En ordning där skriftlig handläggning är huvudregel bedöms ge en rimlig balans mellan rättssäkerhet och effektivitet, samt minska belastningen för barnet och berörda verksamheter.

Dialog

Intern dialog har genomförts inom socialförvaltningen, IFO barn och unga. Specialistsociologer, enhetschefer och kommunjurist har gemensamt analyserat förslagets konsekvenser för handläggning, kvalitet och arbetsbelastning. Extern dialog har inte genomförts, eftersom remissvaret avser lagförslag som i huvudsak rör myndigheters interna processer.

Beslutsunderlag

- Remiss av betänkandet Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8), KLF Hid: 2026.3536
- Remissmissiv betänkandet Rättssäker samhällsvård för barn och unga (SOU 2026:8), KLF Hid: 2026.3535
- Socialnämndens beslut 2026-05-28 § 117, KLF Hid: 2026.5855
- Samhällsbyggnadsutskottets beslut 2026-06-15 § 65, KLF Hid: 2026.6437

Beslutet skickas till

Socialdepartementet



Förslag till beslut gällande statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § lagen om stöd och service (LSS) kvartal två 2026

Ärendenr 2026/902-3.9.6.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att överlämna redovisad statistikrapport till kommunfullmäktige.

Sammanfattning av ärendet

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 28 § (LSS) föreskriver att socialnämnden ska lämna en statistikrapport till fullmäktige över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader, från dagen för respektive beslut, samt gynnande beslut som avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.

Socialnämndens verksamheter har följande antal ej verkställda gynnande beslut enligt 9 § LSS att rapportera för andra kvartalet 2026 fördelade på typ av insats och kön.

Typ av insats enligt 9 § p. 1–10 LSS	Ej verkställda gynnande beslut fördelade på män respektive kvinnor		Summa total
	Män	Kvinnor	
9.1 Rådgivning eller annat personligt stöd	0	0	0
9.2 Biträde av personlig assistans	0	0	0
9.3 Ledsagarservice	0	0	0
9.4 Biträde av kontaktperson	4	5	9
9.5 Avlösarservice i hemmet	0	0	0
9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	0	0	0
9.7 Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år	0	0	0
9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	0	0	0
9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna	9	2	11
9.10 Daglig verksamhet	2	2	4
Summa total	15	9	24



Socialnämnden rapporterar 24 gynnande beslut enligt 9 § LSS, som inte har verkställts inom föreskriven tid.

9.4 Biträde av kontaktperson har 9 st ej verkställda beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 5 beslut ej verkställda p g a personalrelaterade skäl
- 3 beslut ej verkställda p g a att den enskilde ej medverkar till verkställighet
- 1 beslut ej verkställt p g a hälsotillstånd hos den enskilde

9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annat särskilt anpassad bostad för vuxna har 11 ej verkställda beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 5 beslut ej verkställda p g a att den enskilde tackat nej
- 5 beslut ej verkställda p g a att det saknas plats (ex kö, behov av/pågående sanering/renovering/ombyggnation
- 1 beslut avbrott i verkställighet

9.10 Daglig verksamhet har 4 ej verkställda beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 2 beslut ej verkställda p g a den enskilde ej medverkar till verkställighet
- 2 beslut ej verkställda p g a att den enskilde har specifika önskemål

En jämförelse med de två föregående kvartalsrapporterna samt det aktuella läget visar följande statistiska data:

Typ av insats enligt 9 § p. 1–10 LSS	2025-12-31	2026-03-31	2026-06-30
9.1 Rådgivning eller annat personligt stöd	-	-	-
9.2 Biträde av personlig assistans	1	0	0
9.3 Ledsagarservice	-	-	-
9.4 Biträde av kontaktperson	13	7	9
9.5 Avlösarservice i hemmet	-	-	
9.6 Kortidsvistelse utanför det egna hemmet	-	-	
9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	-	-	
9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar	-	-	
9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna	18	12	11



9.10 Daglig verksamhet	4	8	4
Summa total	36	27	24

Dialog

Dialog genomförd med verksamheternas rapportörer.

Katarina Morin

Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Kommunrevisorerna



Förslag till beslut avseende statistikrapport avseende ej verkställda gynnande beslut enligt 11 kap 1 § Socialtjänstlagen (SoL) kvartal två 2026

Ärendenr 2026/903-3.9.5.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att överlämna redovisad statistikrapport till kommunfullmäktige.

Sammanfattning av ärendet

Socialtjänstlagen 16 kap 6 § föreskriver att socialnämnden ska redovisa till kommunfullmäktige en gång per kvartal gynnande beslut som socialnämnden inte verkställt inom tre månader från beslutsdagen samt gynnande beslut som avbrutits och som inte verkställts på nytt inom nämnda period.

Rapporteringen ska även visa könsfördelningen i berörda ärenden, det vill säga hur stor del av de ej verkställda besluten som gäller män respektive kvinnor. Socialnämndens verksamheter har följande antal ej verkställda gynnande beslut att rapportera för andra kvartalet 2026 fördelade på typ av insats och kön.

Verksamhet inom ÄO = Äldreomsorg OF = Omsorg om funktionshindrade enligt SoL IFO = Individ och familjeomsorg	Ej verkställda gynnande beslut Kvinnor	Ej verkställda gynnande beslut Män	Summa total
Särskilt boende, ÄO	36	22	58
Korttidsboende, ÄO	-	-	-
Dagverksamhet/ sysselsättning, ÄO	3	7	10
Kontaktperson, ÄO	0	2	2
Total ÄO	39	31	70
Särskilt boende, OF	1	0	1
Dagverksamhet/ sysselsättning, OF	0	1	1
Kontaktperson, OF	0	0	0
Boendestöd	0	0	0
Övrigt, OF	0	0	0
Total OF	1	1	2
Bostad IFO	3	4	7
Kontaktperson, IFO	2	1	3



Kontaktfamilj, IFO	2	0	2
Öppen vården, IFO	1	0	1
Behandlingshem, IFO	-	-	-
Total IFO	8	5	13
Totalt samtliga verksamheter	48	37	85

Beskrivning av ärendet

Socialnämnden rapporterar 85 gynnande beslut enligt 4 § socialtjänstlagen (SoL), som ej har verkställts inom föreskriven tid.

Särskilt boende (ÄO) har 58 ej verkställda gynnande beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 23 st beslut verkställda
- 8 st beslut ej verkställda p g a att den enskilde har tackat nej till erbjudande
- 21 st beslut ej verkställda då det saknas plats (ex har kö, behov av/pågående sanering/renovering/ombyggnation)
- 6 st beslut återtagna på den enskildes begäran

Dagverksamhet/sysselsättning (ÄO) har 10 ej verkställda gynnande beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 4 st beslut ej verkställda p g a att den enskilde har tackat nej
- 3 st beslut avslutats på den enskildes begäran
- 2 st beslut verkställda
- 1 st beslut ej verkställt p g a brister/otydlighet i den egna organisationen

Kontaktperson (ÄO) har 2 ej verkställda gynnande beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 1 st beslut ej verkställt p g a tackat nej
- 1 st beslut ej verkställt p g a personalrelaterade skäl

Särskilt boende (OF) har 1 ej verkställt beslut inom perioden.

Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 1 beslut ej verkställt p g a saknar plats

Dagverksamhet (OF) har 1 ej verkställt gynnande beslut inom perioden.

Denna är vid rapporteringstillfället:

- 1 beslut ej verkställt p g a medverkar ej till insatsen

Bostad (IFO) har 7 ej verkställda gynnande beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 3 beslut avslutade på den enskildes begäran
- 1 beslut verkställt



- 2 beslut ej verkställda p g a otydlighet/brister i den egna organisationen
- 1 beslut ej verkställt p g a den enskilde medverkar ej till verkställighet

Kontaktperson (IFO) har 3 ej verkställda gynnande beslut inom perioden.

Dessa är vid rapporteringstillfället:

- 2 beslut ej verkställda p g a saknar resurs
- 1 beslut verkställt

Kontaktfamilj (IFO) har 2 ej verkställda gynnande beslut inom perioden. Av dessa är vid rapporteringstillfället:

- 1 beslut ej verkställt p g a saknar plats
- 1 beslut verkställt

Öppenvården IFO har 1 ej verkställt gynnande beslut inom perioden.

Denna är vid rapporteringstillfället:

- 1 beslut ej verkställt p g a personalrelaterade skäl

Jämförelse med de två föregående kvartalsrapporterna samt det aktuella läget visar följande statistiska data:

	2025-12-31	2026-03-31	2026-06-30
Särskilt boende ÄO	66	63	58
Korttidsboende ÄO	0	0	0
Dagverksamhet/sysselsättning ÄO	8	6	10
Kontaktperson ÄO	6	3	2
Totalt ÄO	80	72	70
Särskilt boende OF	1	1	1
Kontaktperson OF	5	2	0
Boendestöd	0	0	0
Dagverksamhet/sysselsättning OF	1	1	1
Övrigt	0	0	0
Totalt OF	7	4	2
Bostad IFO /Fyren	2	5	4
Bostad IFO/Krongyllen	1	1	1
Bostad IFO/ Övergångslägenhet	9	6	2
Kontaktperson/IFO	6	6	3
Kontaktfamilj/IFO	5	3	2
Familjehem/IFO	0	0	0
Öppenvården	1	1	1
Externt skyddat-boende/IFO	0	0	0
Behandlingshem/IFO	0	0	0



Total IFO	24	22	13
Total samtliga verksamheter	111	98	85

Dialog

Dialoger genomförda med berörda rapportörer.

Katarina Morin

Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Kommunfullmäktige

Kommunrevisorerna



§ 81

Yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende

Ärendenr 2026/833-1.3.1.5

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende och avge nedanstående som Luleå kommuns svar till Swedish Institute for Standards, SIS.

Sammanfattning av ärendet

Swedish Institute for Standards (SIS) har skickat ut förslag till standarden SS872500, Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende, på remiss. Luleå kommun har beretts möjlighet att lämna synpunkter på förslaget.

Socialförvaltningen bedömer att standarden i huvudsak bidrar till att stärka kvalitet, personcentrering, kompetens och systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Förvaltningen tillstyrker därför förslaget men lämnar kommentarer avseende vissa delar som bedöms kunna påverka kommunernas kompetensförsörjning och möjligheter till genomförande.

Den föreslagna standarden syftar till att skapa gemensamma kvalitetskrav för äldreomsorg i ordinärt och särskilt boende. Förslaget omfattar bland annat ledning och styrning, kompetensförsörjning, bemanning, samverkan samt kvalitetsuppföljning.

Socialförvaltningens yttrande

Socialförvaltningen ställer sig positiv till standardens övergripande inriktning. Flera delar ligger väl i linje med äldreomsorgens utveckling mot en mer personcentrerad, kunskapsbaserad och sammanhållen vård och omsorg.

Socialförvaltningen lämnar kommentarer till delar av förslaget. Den första avser skrivningen om att arbetstagare som utför insatser ska ha kompetens motsvarande gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram. Socialförvaltningen bedömer att kravet behöver förtydligas så att även validerad erfarenhet och annan utbildning som ger motsvarande kunskaper kan beaktas. Detta är vik-



tigt för att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning och möjlighet att rekrytera och behålla medarbetare.

Socialförvaltningen delar ambitionen att stärka lärande och kvalitetsutveckling, men bedömer att skrivningen bör utformas så att formerna för handledning och reflektion kan anpassas efter verksamheternas olika behov.

Socialförvaltningen vill därutöver framföra några kompletterande synpunkter ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Förvaltningen är positiv till att standarden tydliggör krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete, riskanalyser, egenkontroll och användning av nationella kvalitetsregister. Samtidigt finns behov av att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och legitimerad personal tydliggörs. Standarden beskriver i flera delar vad som ska genomföras men inte alltid vem som ansvarar för genomförandet.

Socialförvaltningen ställer sig även positiv till krav på säker läkemedelshantering, läkemedelsgenomgångar och kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Det bör dock tydligare framgå att flera av dessa processer är beroende av regionens läkarresurser och bygger på ett gemensamt ansvar mellan huvudmännen. Ansvarsfördelningen mellan kommun och region bör därför beskrivas mer konkret.

Vidare välkomnar socialförvaltningen att rehabiliterande arbetssätt, fallprevention, hjälpmedelsförskrivning samt arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser lyfts fram i standarden. Dessa delar stärker förutsättningarna för ett personcentrerat arbetssätt och en god vårdkvalitet. Förvaltningen anser samtidigt att hjälpmedel och välfärdsteknik bör behandlas som två separata områden i standarden. Hjälpmedel utgör medicintekniska produkter och omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, förskrivning och uppföljning, medan välfärdsteknik avser tekniska och digitala lösningar som syftar till att stödja den enskildes självständighet, trygghet och delaktighet. En tydligare åtskillnad mellan områdena skulle bidra till ökad tydlighet avseende ansvar, tillämpning och kvalitetsuppföljning. Förvaltningen föreslår även att begreppet "hemsjukvård" ersätts med "hälso- och sjukvård i hemmet", eftersom detta bättre överensstämmer med gällande terminologi och tydliggör att insatserna utgör hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes hem.

Socialförvaltningen delar även standardens ambition att stärka samverkan mellan kommun och region genom samordnad individuell plan (SIP), strukturerad informationsöverföring och gemensam vårdplanering. För att underlätta tillämpningen bör det dock förtydligas vilka krav som ligger inom kommu-



nens respektive regionens ansvarsområde, särskilt avseende läkarinsatser och medicinsk uppföljning.

Mot denna bakgrund föreslår socialförvaltningen att Luleå kommun tillstyrker standardförslaget med de kommentarer och förtydliganden som framgår av remissvaret. Synpunkterna har redovisats i den kommentarsmall som SIS tillhandahållit.

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att anta socialförvaltningens yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende och avge ovanstående som Luleå kommuns svar till Swedish Institute for Standards, SIS.

Sammanträdet

Socialförvaltningen föredrar ärendet.

Beslutsgång

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Remissen har beretts inom verksamhetsområde vård och omsorg, hälso- och sjukvård och i dialog med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Bedömningen har gjorts utifrån verksamhetens ansvar för äldreomsorg och hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt utifrån frågor om kvalitet, kompetensförsörjning och verksamhetsutveckling.

Beslutsunderlag

- Kommentarsmall - SIS-remiss - Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende, SOC Hid: 2026.3221
- Standardförslag - Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende – Krav, SOC Hid: 2026.2449
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende, SOC Hid: 2026.3220

Förslag till beslut gällande yttrande över SIS-remiss - Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende

Ärendenr 2026/833-1.3.1.5

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande över SIS-remiss Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende och avge nedanstående som Luleå kommuns svar till Swedish Institute for Standards, SIS.

Sammanfattning av ärendet

Swedish Institute for Standards (SIS) har skickat ut förslag till standarden SS872500, Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende, på remiss. Luleå kommun har beretts möjlighet att lämna synpunkter på förslaget.

Socialförvaltningen bedömer att standarden i huvudsak bidrar till att stärka kvalitet, personcentrering, kompetens och systematiskt kvalitetsarbete inom äldreomsorgen. Förvaltningen tillstyrker därför förslaget men lämnar kommentarer avseende vissa delar som bedöms kunna påverka kommunernas kompetensförsörjning och möjligheter till genomförande.

Den föreslagna standarden syftar till att skapa gemensamma kvalitetskrav för äldreomsorg i ordinärt och särskilt boende. Förslaget omfattar bland annat ledning och styrning, kompetensförsörjning, bemanning, samverkan samt kvalitetsuppföljning.

Socialförvaltningens yttrande

Socialförvaltningen ställer sig positiv till standardens övergripande inriktning. Flera delar ligger väl i linje med äldreomsorgens utveckling mot en mer personcentrerad, kunskapsbaserad och sammanhållen vård och omsorg.

Socialförvaltningen lämnar kommentarer till delar av förslaget. Den första avser skrivningen om att arbetstagare som utför insatser ska ha kompetens motsvarande gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram.

Socialförvaltningen bedömer att kravet behöver förtydligas så att även validerad erfarenhet och annan utbildning som ger motsvarande kunskaper kan beaktas. Detta är viktigt för att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning och möjlighet att rekrytera och behålla medarbetare.

Socialförvaltningen delar ambitionen att stärka lärande och kvalitetsutveckling, men bedömer att skrivningen bör utformas så att formerna för handledning och reflektion kan anpassas efter verksamheternas olika behov.

Socialförvaltningen vill därutöver framföra några kompletterande synpunkter ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Förvaltningen är positiv till att standarden tydliggör krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete, riskanalyser, egenkontroll och användning av nationella kvalitetsregister. Samtidigt finns behov av att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och legitimerad personal tydliggörs. Standarden beskriver i flera delar vad som ska genomföras men inte alltid vem som ansvarar för genomförandet.

Socialförvaltningen ställer sig även positiv till krav på säker läkemedelshantering, läkemedelsgenomgångar och kvalitetsgranskning av läkemedelshantering. Det bör dock tydligare framgå att flera av dessa processer är beroende av regionens läkarresurser och bygger på ett gemensamt ansvar mellan huvudmännen. Ansvarsfördelningen mellan kommun och region bör därför beskrivas mer konkret.

Vidare välkomnar socialförvaltningen att rehabiliterande arbetssätt, fallprevention, hjälpmedelsförskrivning samt arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser lyfts fram i standarden. Dessa delar stärker förutsättningarna för ett personcentrerat arbetssätt och en god vårdkvalitet. Förvaltningen anser samtidigt att hjälpmedel och välfärdsteknik bör behandlas som två separata områden i standarden. Hjälpmedel utgör medicintekniska produkter och omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, förskrivning och uppföljning, medan välfärdsteknik avser tekniska och digitala lösningar som syftar till att stödja den enskildes självständighet, trygghet och delaktighet. En tydligare åtskillnad mellan områdena skulle bidra till ökad tydlighet avseende ansvar, tillämpning och kvalitetsuppföljning. Förvaltningen föreslår även att begreppet "hemsjukvård" ersätts med "hälso- och sjukvård i hemmet", eftersom detta bättre överensstämmer med gällande terminologi och tydliggör att insatserna utgör hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes hem.

Socialförvaltningen delar även standardens ambition att stärka samverkan mellan kommun och region genom samordnad individuell plan (SIP), strukturerad informationsöverföring och gemensam vårdplanering. För att underlätta tillämpningen bör det dock förtydligas vilka krav som ligger inom kommunens respektive regionens ansvarsområde, särskilt avseende läkarinsatser och medicinsk uppföljning.

Mot denna bakgrund föreslår socialförvaltningen att Luleå kommun tillstyrker standardförslaget med de kommentarer och förtydliganden som framgår av remissvaret. Synpunkterna har redovisats i den kommentarsmall som SIS tillhandahållit.

Dialog

Remissen har beretts inom verksamhetsområde vård och omsorg, hälso- och sjukvård och i dialog med medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Bedömningen har gjorts utifrån verksamhetens ansvar för äldreomsorg och hälso- och sjukvård i ordinärt och särskilt boende samt utifrån frågor om kvalitet, kompetensförsörjning och verksamhetsutveckling.

Beslutsunderlag

- Kommentarsmall
- Standardförslag - Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende – Krav, SOC Hid: 2026.2449

Katarina Morin
Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Swedish Institute for Standards, SIS
Kommunstyrelseförvaltningen, kanslikontoret

Kommentarsmall (SV)

Datum:	Dokument:	Projekt:
--------	-----------	----------

Initia ler	Radnum mer (e.g. 17)	Paragraf/ Underparagr af (e.g. 3.1)	Paragraf/ Figur/ Tabell/ (e.g. Table 1)	Kommentar styp	Kommentar	Förslagen ändring	Sekretariats kommentar
KM	805/806	7.2 Kompetens	Punkt C	ge	Skrivningen riskerar att: -försvåra kompetensförsörjningen, - minska möjligheten att rekrytera vikarier, - försvåra bemanning i glesbygd och mindre kommuner, - exkludera medarbetare med lång erfarenhet men utan formell utbildning.	Kompetensen kan uppnås genom formell utbildning, validerad erfarenhet eller annan utbildning/introduktion som bedöms ge motsvarande kunskaper. Detta är viktigt för att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning och möjlighet att rekrytera och behålla medarbetare. ALT. Utföraren ska ha en plan för att successivt öka andelen medarbetare med vård- och omsorgsutbildning	
	851/852	7.1	Punkt j		Ambitionen är god men kravet kan vara svårt att genomföra i stor skala inom kommunal äldreomsorg.	Regelbunden tillgång till handledning och reflektion utifrån verksamhetens behov	
AJ	660/665	4.4.2	Punkt D, E	ge	Förvaltningen är positiv till att standarden tydliggör krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete, riskanalyser, egenkontroll och användning av nationella kvalitetsregister.		
AJ	1206/1207	8.2.3.1	Punkt M	ge	Det finns behov av att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och legitimerad personal tydliggörs. Standarden beskriver i flera delar vad som ska genomföras men inte alltid vem som ansvarar för genomförandet.		
AJ	382/391	3.28		ge	Förvaltningen ställer sig även positiv till krav på säker läkemedelshantering, läkemedelsgenomgångar och kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen.	Det bör dock tydligare framgå att flera av dessa processer är beroende av regionens läkarresurser och bygger på ett gemensamt ansvar mellan huvudmännen. Ansvarsfördelningen mellan kommun och region bör därför beskrivas mer konkret.	
AJ	1350/1365	8.2.5.2		ge	Vidare välkomnar förvaltningen att rehabiliterande arbetssätt, fallprevention, hjälpmedelsförskrivning samt arbetsterapeutiska och fysioterapeutiska insatser lyfts fram i standarden. Dessa delar stärker förutsättningarna för ett personcentrerat arbetssätt och en god vårdkvalitet.	Förvaltningen anser att hjälpmedel och välfärdsteknik bör behandlas som två separata områden i standarden. Hjälpmedel utgör medicintekniska produkter och omfattas av hälso- och sjukvårdens ansvar för bedömning, förskrivning och uppföljning, medan välfärdsteknik avser tekniska och digitala lösningar som syftar till att stödja den enskildes självständighet, trygghet	

Kommentarstyp: ge = generell te = teknisk ed = redaktionell/editoriell page 1 of 2

Kommentarsmall (SV)

Datum:	Dokument:	Projekt:
--------	-----------	----------

Initialer	Radnummer (e.g. 17)	Paragraf/ Underparagraf (e.g. 3.1)	Paragraf/ Figur/ Tabell/ (e.g. Table 1)	Kommentar styp	Kommentar	Förslagen ändring	Sekretariats kommentar
						och delaktighet. En tydligare åtskillnad mellan områdena skulle bidra till ökad tydlighet avseende ansvar, tillämpning och kvalitetsuppföljning	
AJ	1304	8.2.3.8		ge	Förvaltningen föreslår även att begreppet "hemsjukvård" ersätts med "hälso- och sjukvård i hemmet", eftersom detta bättre överensstämmer med gällande terminologi och tydliggör att insatserna utgör hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes hem.	Ändra begreppet till hälso – och sjukvård i hemmet.	
AJ	1833/1839	7.4	Bilaga A 14	ge	Socialförvaltningen delar standardens ambition att stärka samverkan mellan kommun och region genom samordnad individuell plan (SIP), strukturerad informationsöverföring och gemensam vårdplanering.	För att underlätta tillämpningen bör det dock förtydligas vilka krav som ligger inom kommunens respektive regionens ansvarsområde, särskilt avseende läkarinsatser och medicinsk uppföljning.	

Så här fyller du i kommentarsmallen (OBS ta bort denna hjälptext innan du skickar in dina kommentarer)

- **Initialer** - Ange dina initialer eller en förkortning av ditt företags-/organisations namn.
- **Radnummer** - Skriv vilken/vilka rader din kommentar refererar till (om radnummer finns i marginalen).
- **Paragraf/underparagraf (ex 3.1)** - Ange det avsnitt eller underavsnitt din kommentar berör.
- **Paragraf/ Figur/ Tabell** - Precisera närmare vad din kommentar berör; ett stycke, mening, not, figur, tabell, bild etcetera
- **Kommentarstyp**- Ange den förkortning som stämmer för din kommentar:
 - ge = en *generell* kommentar om allt eller delar av innehållet, exempelvis att det är för många sidor, för tungt språk etcetera
 - te = en *teknisk* kommentar som ändrar tekniskt innehåll i dokumentet. Det kan vara att ändra ett värde, skriva "ska" i stället för "bör", ändra i en formel eller lägga till ett krav.
 - ed = en *redaktionell* kommentar om exempelvis stavfel, grammatiska fel, ändring av ordföljd, användning av synonym etcetera En redaktionell kommentar får inte ändra tekniskt innehåll i dokumentet.
- **Kommentarer** - Förklara bakgrunden och motivet med din kommentar. Använd inte personliga pronomen, skriv exempelvis "Exemplet verkar inte korrekt"
- **Förslagen förändring** - Ange alltid ett konstruktivt förslag tillsammans med din kommentar, exempelvis hur en ny formulering ska se ut, hur bilden ska se ut i stället eller hur en ny mening ska se ut. Denna kolumn är mycket viktig eftersom en välskriven och komplett förslagen ändring har störst chans att accepteras.
- **Sekretariatets kommentarer** - Lämna tom.

utSS 872500:2026(sv)

SIS/TK 617/AG 3 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst

Datum: 2026-06-26

**Kvalitet i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt
och särskilt boende– Krav
version 17.0**

utSS

1 Innehållsförteckning

2	Inledning.....iv	iv
3	0.1 Bakgrund och syfte.....iv	iv
4	0.2 Koppling till standardisering inom CEN och ISO.....v	v
5	0.3 Koppling till lagstiftning.....v	v
6	0.4 Väsentliga skillnader mot föregående utgåvav	v
7	1 Omfattning.....1	1
8	2 Normativa hänvisningar1	1
9	3 Termer och definitioner.....1	1
10	4 Utförarens förutsättningar10	10
11	4.1 Att förstå uppdragsgivarens behov och förutsättningar10	10
12	4.2 Hantering och tillämpning av regelverk10	10
13	4.3 Ledningssystem.....10	10
14	4.4 Systematiskt kvalitetsarbete.....11	11
15	4.4.1 Generellt.....11	11
16	4.4.2 Tjänster där det även ingår hälso- och sjukvård11	11
17	5 Ledarskap12	12
18	5.1 Organisation, ledning och resurser12	12
19	5.2 Värdegrund12	12
20	6 Riskhantering och planering.....13	13
21	6.1 Risker och riskhantering13	13
22	6.2 Nödlägesberedskap.....13	13
23	6.3 Planering av förändring13	13
24	7 Stöd – resurser för att utföra tjänster enligt detta dokument.....14	14
25	7.1 Bemanning14	14
26	7.2 Kompetens.....14	14
27	7.3 Informationshantering.....16	16
28	7.4 Samverkan och informationsöverföring.....16	16
29	7.5 Information om vård- och omsorgstjänster17	17
30	7.6 Tillgänglighet18	18
31	7.6.1 Generellt.....18	18
32	7.6.2 Ordinärt boende.....18	18
33	7.6.3 Särskilt boende.....18	18
34	7.7 Förebyggande och hälsofrämjande arbete.....18	18
35	7.7.1 Ordinärt boende.....18	18
36	7.7.2 Särskilt boende.....19	19
37	7.8 Aktiviteter och sociala insatser19	19
38	7.9 Hållbarhetsarbete19	19
39	7.10 Städning och tvätt.....19	19
40	7.11 Vårdhygien20	20
41	7.11.1 Allmänt20	20
42	7.11.2 Ytterligare krav för vårdhygien på särskilda boenden21	21
43	7.12 Läkemedelshantering21	21
44	8 Vård och omsorgsverksamhet för äldre – planering, genomförande och avslut.....21	21
45	8.1 Planering av uppdrag.....21	21
46	8.1.1 Förbereda insatser21	21
47	8.1.1.1 Generellt21	21
48	8.1.1.2 Hälso- och sjukvård.....22	22

49	8.1.2 Mottagande av uppdrag	22
50	8.1.3 Dokumentation av insatser	22
51	8.2 Genomförande av uppdrag	23
52	8.2.1 Kommunikation	23
53	8.2.2 Personlig omsorg	23
54	8.2.2.1 Bemötande och integritet.....	23
55	8.2.2.2 Trygghet och säkerhet.....	23
56	8.2.2.3 Genusperspektiv	24
57	8.2.3 Personlig vård	24
58	8.2.3.1 Hälsö- och sjukvård	24
59	8.2.3.2 Läkemedel	25
60	8.2.3.3 Syn och hörsel	25
61	8.2.3.4 Mat, måltid och nutrition.....	25
62	8.2.3.5 Mun- och tandhälsa	26
63	8.2.3.6 Urinblås- och tarmfunktion.....	26
64	8.2.3.7 Sömn	27
65	8.2.3.8 Hud och sår	27
66	8.2.4 Personlig säkerhet	27
67	8.2.4.1 Hälsöinformation	27
68	8.2.4.2 Psykiskt funktionstillstånd.....	27
69	8.2.5 Förflyttning	28
70	8.2.5.1 Fysiskt funktionstillstånd.....	28
71	8.2.5.2 Hjälpmiddel och välfärdsteknik.....	28
72	8.3 Uppföljning av insatser	28
73	8.4 Avslut av uppdrag	29
74	8.4.1 Avslut av insatser	29
75	8.4.2 Palliativ vård	29
76	8.4.3 Dödsfall	29
77	8.5 Närstående	30
78	9 Utvärdering av tjänster enligt detta dokument	30
79	9.1 Den äldres uppfattning om kvaliteten på tjänsterna	30
80	9.2 Egenkontroll	31
81	10 Förbättring av tjänster enligt detta dokument	31
82	10.1 Förbättringsarbete, utveckling och innovation	31
83	10.2 Avvikelsehantering	32
84	10.3 Förslag och klagomål	32
85	Bilaga A (informativ) Kompletterande information till avsnitten 4 till 10	34
86	Bilaga B (informativ) Ansvarsfördelning mellan kommun och region rörande stöd till den	
87	äldre	57
88	Bilaga C (informativ) Kontroll av överensstämmelse med krav	60
89	Litteraturförteckning	62
90		
91		

Inledning

0.1 Bakgrund och syfte

I detta dokument finns krav på kvalitet på tjänster i vård och omsorg för äldre med behov av stöd i ordinärt och särskilt boende.

Detta dokument kan användas för att säkerställa en trygg och säker vård och omsorg med självbestämmande och delaktighet för den äldre och dennes närstående och fokuserar på utförandet av vård och omsorgstjänster för äldre, men kan även användas av andra intressenter i tillämplig omfattning.

Alla typer av utförare av vård och omsorgstjänster för äldre inom privat, offentlig och ideell vård och omsorg, oavsett storlek, kan dra nytta av detta dokument. Även om inte alla delar av detta dokument är lika användbart för alla typer av utförare, är principerna relevanta för alla utföraren.

Ett grundläggande användningsområde är att utföraren utifrån detta dokument kan planera, leda och genomföra samt systematiskt utvärdera och förbättra sina vård och omsorgstjänster enligt detta dokument.

Inför upphandling av utförare av vård och omsorgstjänster för äldre kan kommunen använda detta dokument som upphandlingsunderlag och därmed även som ett stöd vid uppföljning. Detta medför att båda parter har en gemensam och tydlig bild av vad som förväntas. Det leder till att kvaliteten på tjänsten för den äldre säkerställs, då en kommun kan ha avtal med många utförare och en utförare kan ha avtal med många kommuner.

Detta dokument kan användas som underlag vid utbildning och kompetensutveckling av arbetstagare inom vård och omsorg av äldre. Det kan också användas av utföraren för egenkontroll eller av externa parter, eller båda för certifiering för att bedöma utförarens förmåga att uppfylla den äldres behov och förväntningar enligt biståndsbeslut, förskrivningar och ordinationer.

Detta dokument ger utföraren goda möjligheter att möta tillsynsmyndigheter i gemensam dialog, att lämna och använda information till relevanta kvalitetsregister samt offentliga nationella databaser.

I detta dokument är "utföraren" den aktör som utför tjänsterna enligt detta dokument. Utföraren har även ansvaret för att tjänsterna utförs enligt de krav som anges i detta dokument. Krav i detta dokument uttrycks med "utföraren ska".

Inom socialtjänst används begreppet "brukare" för person som får, eller som är föremål för utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser. I detta dokument används genomgående begreppet "den äldre".

Äldreomsorg är en komplex verksamhet som kräver samsyn och samverkan mellan alla medverkande aktörer för att säkra och utveckla kvaliteten.

Detta dokument kan användas på alla ledningsnivåer hos utföraren för att planera, leda, implementera, underhålla, utvärdera och förbättra kvaliteten på tjänsterna.

En viktig kvalitetsfaktor är ökad integration mellan vård och omsorg och hälso- och sjukvård, både på administrativ nivå och vid det faktiska utförandet av tjänsten. Den strikta uppdelningen av vård- och omsorgstjänster respektive hälso- och sjukvårdstjänster kan resultera i en fragmenterad täckning av vård och omsorg samt onödig användning av akutvårdstjänster.

Detta dokument avser att stödja arbetstagarna i att skapa en tillgänglig och stödjande fysisk och psykosocial miljö som ger möjlighet till funktionsbevarande och meningsfulla aktiviteter för den äldre samt säkra en god arbetsmiljö för arbetstagarna.

Detta dokument främjar idén om att den äldre har rätt att åldras med värdighet, att bli respekterad och att vara inkluderad som en fullvärdig medlem av samhället. Ett rättighetsbaserat synsätt innebär till exempel att

- a) bekämpa åldersdiskriminering,
- b) skydda den äldres rättigheter,
- c) säkerställa tillgång till tillförlitlig och allsidig information,

- 139 d) främja en tillgängligare miljö,
- 140 e) skapa stöd för rörelseförmåga,
- 141 f) främja kommunikation,
- 142 g) främja samråd,
- 143 h) främja delaktighet.

144 Anmärkning: Se även Socialstyrelsen SOSFS 2012:3 Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens
145 omsorg om äldre

146 Utgångspunkten för detta dokument är ett personcentrerat förhållningssätt. Det handlar om att hjälpa
147 den äldre att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet i syfte att förebygga ohälsa
148 och sjukdom samt förbättra, återställa och bevara hälsa/friskhet, där den äldre, så långt som möjligt, kan
149 välja när och hur insatser ges. Syftet är främst att underlätta äldre personers inflytande över innehåll i
150 och utformning av tjänsterna.

151 Målgrupperna för detta dokument är

- 152 • utförare av vård och omsorgstjänster för äldre,
- 153 • andra aktörer som på olika sätt medverkar i förutsättningarna för eller utförandet av specifika delar
154 av vården och omsorgen som till exempel regionernas primärvård, tandvård och matleverantörer,
- 155 • externa granskare i form av revision, tillsyn och certifiering.

156 0.2 Koppling till standardisering inom CEN och ISO

157 Inom den europeiska standardiseringskommittén, CEN, finns den tekniska kommittén CEN/TC 449,
158 *Quality of care for elderly people in ordinary or residential care facilities* som nu är vilande. Dessutom finns
159 den tekniska specifikationen CEN/TS 17500, *Quality of care and support for older persons*. Den har inte
160 publicerats som en teknisk specifikation i Sverige av SIS. Standardiseringen av tjänster inom hälso- och
161 sjukvård är ny och väldigt knuten till olika nationella lagstiftningar i Europa.

162 De båda standarderna SS-EN 15224:2017 *Ledningssystem för kvalitet - EN ISO 9001:2015 för hälso- och*
163 *sjukvården* och SS-EN ISO 9001:2015 *Ledningssystem för kvalitet* är inte tillämpliga då detta dokument
164 enbart ställer krav som relaterar till utförandet av tjänsterna enligt omfattningen av detta dokument och
165 inte generiskt till organisationen som helhet. Detta dokument överlappar därför inte eller strider emot
166 ovannämnda dokument.

167 Inom den Internationella standardiseringsorganisationen, ISO, finns den tekniska kommittén ISO/TC 314
168 *Ageing societies* som utarbetar internationella standarder inom området. Det finns förslag till en ny ISO-
169 standard som är på remiss med titeln ISO/DIS 25557 *Care quality for older persons at home and in care*
170 *facilities*. Det förslaget har inte samma omfattning som detta dokument.

171 0.3 Koppling till lagstiftning

172 Dokumentet kopplar till lagstiftning, i huvudsak till socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. På
173 relevanta ställen i detta dokument finns information om, och informativa hänvisningar till, relevant
174 lagstiftning.

175 0.4 Väsentliga skillnader mot föregående utgåva

176 Denna utgåva har strukturerats enligt ISO:s harmoniserade struktur som är en modellstruktur för
177 ledningssystemstandarder som till exempel SS-EN ISO 9001 för kvalitetsledning, SS-EN ISO 14001 för
178 miljöledning, SS-EN ISO/IEC 27000 för informationssäkerhet och SS-EN ISO 45001 för arbetsmiljö, för
179 att underlätta integration av detta dokument med utförarens ledningssystem. Detta innebär dock inte att
180 denna utgåva är tänkt att uppfattas som en ledningssystemstandard utan den fortsätter att vara en
181 tjänstestandard som specificerar krav på vissa typer av tjänster för äldre.

182 Denna utgåva innehåller även idéer från Individens behov i centrum, IBIC. Det är ett arbetssätt som
183 används i socialtjänsten för att beskriva resurser, behov och mål för personer med behov av stöd i sitt
184 dagliga liv utifrån socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Denna utgåva bygger även på en processmodell där huvudprocesser och stödprocesser interagerar. Det innebär att ett ämnesområde kan förekomma både i avsnitt 7 Stöd – resurser för att tillhandahålla tjänster enligt detta dokument, sett ur utförarens mer övergripande perspektiv och i avsnitt 8 Vård och omsorgsverksamhet för äldre – planering, genomförande och avslut, sett ur den äldres mer individuella perspektiv.

Termen personal är vanligt förekommande inom svensk hälso- och sjukvård, men i nuläget finns det ingen officiell definition av "personal" i Socialstyrelsens termbank I detta dokument används i stället begreppet arbetstagare som det definieras i SS-EN ISO 45001, *Ledningssystem för arbetsmiljö*, då den standarden på ett mycket tydligt sätt inbegriper den personkrets som avses gällande personal i detta dokument. En ytterligare skillnad i denna utgåva är en ny informativ bilaga A, Vägledning för användning av detta dokument. Bilagan kompletterar informationen i avsnitt 0 samt kraven i avsnitt 4 till 10 med exempel och beskrivningar av kravens användningssammanhang.

I föregående utgåva återfanns Bilaga A (normativ) Informationskällor som används för att visa hur kraven uppfylls, den motsvaras nu av Bilaga D (informativ) Kontroll av överensstämmelse med krav

1 Omfattning

I detta dokument anges krav på tjänster som levereras till äldre med omfattande behov i ordinärt och särskilt boende.

I detta dokument anges även krav på utföraren. Dessa krav kopplar till utförarens dokumenterade rutiner för att säkerställa att servicenivån av ovan nämnda tjänster uppnås.

Detta dokument är avsett att användas vid kvalitetssäkring, uppföljning, utvärdering och utveckling av dessa tjänster samt som underlag vid, upphandling, utbildning, tillsyn och certifiering.

2 Normativa hänvisningar

Detta dokument innehåller inte några normativa hänvisningar.

3 Termer och definitioner

I detta dokument gäller följande termer och definitioner.

3.1

användbarhet

utsträckning i vilken specificerade användare kan använda ett system, en produkt eller en tjänst för att uppnå specificerade mål, med ändamålsenlighet, effektivitet och tillfredsställelse, i ett specificerat användningssammanhang

[Källa: SS-EN ISO 9241-11:2018, 3.1.1]

3.2

arbetstagare

en person som utför arbete eller arbetsrelaterade aktiviteter under organisationens styrning

Anmärkning 1 till termpost: Personer som utför betalt eller obetalt arbete eller arbetsrelaterade aktiviteter under olika omständigheter, exempelvis regelbundet eller kortvarigt, periodvis eller säsongsmässigt, tillfälligt eller på deltid.

Anmärkning 2 till termpost: Arbetstagare inkluderar högsta ledningen och personer i chefsposition eller icke-chefsposition.

Anmärkning 3 till termpost: Det arbete eller de arbetsrelaterade aktiviteter som utförs under organisationens styrning kan utföras av arbetstagare som är anställda av organisationen, arbetstagare från externa leverantörer, entreprenörer, privatpersoner, arbetstagare från bemanningsföretag eller av andra personer i den utsträckning som organisationen har viss styrning över deras arbete eller de arbetsrelaterade aktiviteterna, i enlighet med organisationens förutsättningar.

[Källa: SS-EN ISO 45001 3.3]

3.3

avvikelse

icke-uppfyllande av ett krav

Anmärkning 1 till termpost: Detta är en av de gemensamma termerna och definitionerna för ISO:s standarder för ledningssystem som anges i bilaga SL av Consolidated ISO Supplement till ISO/IEC Directives, Part 1.

[Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.6.9]

3.4

bistånd

<inom socialtjänst> individuellt inriktad insats som beslutas med stöd av socialtjänstlagen

240 Anmärkning 1 till termpost: Bistånd omfattar bland annat hemtjänst, särskilt boende för äldre och annan
241 kommunal hjälp.

242 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad – anmärkning 1 till termpost har lagts till.]

243 3.5

244 **biståndsbeslut**

245 slutligt beslut om att helt eller delvis bifalla eller avslå en ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen

246 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

247 3.6

248 **boende**

249 <inom socialtjänst> organisatorisk enhet som yrkesmässigt bedriver socialtjänst i form av att
250 tillhandahålla bostad eller plats för heldygnsvistelse på uppdrag av socialnämnd eller motsvarande i
251 kombination med insatser och som har tillgång till arbetstagare med relevant kompetens för dessa
252 insatser

253 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

254 3.7

255 **bostad**

256 utrymme avsett att bo i

257 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

258 3.8

259 **brytpunktssamtal**

260 samtal mellan ansvarig läkare eller tjänstgörande läkare och patient om ställningstagandet att övergå
261 till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens
262 tillstånd, behov och önskemål

263 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

264 3.9

265 **delaktighet**

266 tillstånd präglad av en upplevelse av att ingå i ett större sammanhang, där möjlighet ges att påverka
267 den egna livssituationen och delta i aktiviteter som andra

268 [Källa: SS 877001:2021, 3.3]

269 3.10

270 **delegering av medicinsk arbetsuppgift**

271 överlåtelse av medicinsk arbetsuppgift, från person som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och
272 som har formell kompetens, till en annan person som saknar formell kompetens för uppgiften men
273 som bedöms ha reell kompetens i form av erfarenhet och kunskap

274 Anmärkning 1 till termpost: Sådan delegering är tidsbegränsad och avser specifik medicinsk arbetsuppgift.

275 [Källa: SOFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.]

276 3.11

277 **egenkontroll**

278 systematisk uppföljning och utvärdering av den egna vård och omsorgsverksamheten för äldre samt
279 kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i vård och omsorgsverksamhetens
280 ledningssystem

281 [Källa: SOSFS 2011:9, 2 kap. 1 §.]

282 3.12

283 **fast omsorgskontakt**

284 utpekad person inom hemtjänsten som har god personkännedom om omsorgstagaren och en
285 helhetsbild av hens omsorgssituation

- 286 Anmärkning 1 till termpost: Den fasta omsorgskontakten tillgodoser den enskildes behov av trygghet,
 287 kontinuitet.
 288 [Källa: Socialstyrelsens meddelandeblad nr 2/2022.]
- 289 **3.13**
 290 **funktionsnedsättning**
 291 nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga
 292 [Källa: Socialstyrelsens termbank]
- 293 **3.14**
 294 **genomförandeplan**
 295 <inom socialtjänsten> vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt
 296 genomförs för den enskilde
 297 [Källa: Socialstyrelsens termbank]
- 298 **3.15**
 299 **hjälpmedel**
 300 individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller
 301 självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning
 302 [Källa: Socialstyrelsens termbank]
- 303 **3.16**
 304 **hälsa**
 305 fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller
 306 skada
 307 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad – ordet "existentiellt" har lagts till i definitionen.]
- 308 **3.17**
 309 **hälso- och sjukvård**
 310 åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador
 311 [Källa: Socialstyrelsens termbank]
- 312 **3.18**
 313 **händelse**
 314 förekomst eller förändring av särskilda omständigheter
 315 Anmärkning 1 till termpost: En händelse kan vara en eller flera förekomster och ha flera orsaker.
 316 Anmärkning 2 till termpost: En händelse kan utgöras av något som inte inträffar.
 317 Anmärkning 3 till termpost: En händelse kan ibland refereras till som en "incident" eller en "olycka".
 318 Anmärkning 4 till termpost: En händelse utan konsekvenser kan även benämnas "tillbud".
 319 [KÄLLA: ISO Guide 73:2009, 3.5.1.2, översatt.]
- 320 **3.19**
 321 **insats**
 322 aktivitet som är inriktad på visst resultat
 323 [Källa: Socialstyrelsens termbank]
- 324 **3.20**
 325 **journal**
 326 <inom socialtjänst> del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende
 327 samt för genomförande och uppföljning av en insats görs i kronologisk ordning
 328 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

329 **3.21**330 **kompetens**

331 förmåga att använda kunskap och färdigheter

332 [Källa: SS 877001:2021, 3.15.]

333 **3.22**334 **krav**

335 behov eller förväntningar som är angivna, underförstådda eller obligatoriska

336 Anmärkning 1 till termpost: "Underförstådd" innebär att det är vanligt eller allmänt vedertaget att det berörda
337 behovet eller förväntningen är underförstådd inom organisationen och av intressenter.

338 Anmärkning 2 till termpost: Ett specificerat krav är ett krav som är angivet i t. ex. dokumenterad information.

339 Anmärkning 3 till termpost: Ett bestämningsord kan användas för att ange en specifik typ av krav, till exempel
340 krav avseende produkt, kvalitetsledning, kund eller kvalitet.

341 Anmärkning 4 till termpost: Krav kan ställas av olika intressenter eller av organisationen.

342 Anmärkning 5 till termpost: För god kundtillfredsställelse kan det vara nödvändigt att uppfylla förväntningar
343 hos en kund även om dessa förväntningar varken är angivna, i allmänhet underförstådda eller obligatoriska.344 Anmärkning 6 till termpost: Detta är en av de gemensamma termerna och definitionerna för ISO:s standarder
345 för ledningssystem som anges i bilaga SL av Consolidated ISO Supplement till ISO/IEC Directives, Part 1. Den
346 ursprungliga definitionen har ändrats genom tillägg av Anmärkning 3 till och med 5 till termpost.

347 [Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.6.4]

348 **3.23**349 **kvalitet**350 grad i vilken inneboende egenskap hos ett objekt uppfyller *krav* (3.22)351 Anmärkning 1 till termpost: Termen "kvalitet" kan användas tillsammans med sådana adjektiv som dålig, bra
352 eller utmärkt.

353 Anmärkning 2 till termpost: "Inneboende" innebär, i motsats till "tilldelad", existerande i objektet.

354 [Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.6.2]

355 **3.24**356 **kvalitetsberättelse**

357 årlig sammanställning av åtgärder som vidtagits samt resultat som uppnåtts

358 **3.25**359 **ledningssystem**360 grupp av samverkande eller varandra påverkande delar av en organisation för att upprätta policyer
361 och mål samt processer för att nå dessa mål362 Anmärkning 1 till termpost: Ett ledningssystem kan gälla ett enda ämnesområde, som kvalitetsledning,
363 ekonomiledning eller miljöledning, eller flera ämnesområden.364 Anmärkning 2 till termpost: Ledningssystemets delar innefattar organisationens struktur, roller och ansvar,
365 planering, verksamhet, policyer, arbetssätt, regler, uppfattningar, mål samt processer för att nå dessa mål.366 Anmärkning 3 till termpost: Ett ledningssystem kan omfatta hela organisationen, specifika och identifierade
367 funktioner inom organisationen, specifika och identifierade delar av organisationen, eller en eller flera
368 funktioner inom en grupp organisationer.369 Anmärkning 4 till termpost: Detta är en av de gemensamma termerna och definitionerna för ISO:s standarder
370 för ledningssystem som anges i bilaga SL av Consolidated ISO Supplement till ISO/IEC Directives, Part 1. Den
371 ursprungliga definitionen har ändrats genom ändring av Anmärkning 1 till 3 till termpost.

372 [Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.5.3]

373 **3.26**374 **levnadsberättelse**

375 dokument som beskriver den äldres bakgrund

376 **3.27**377 **livskvalitet**378 personlig upplevelse av välbefinnande i termer av fysiskt och psykiskt tillstånd, personliga
379 övertygelser, sociala relationer och relation till sin personliga omgivning380 [Källa: SS-EN 17398:2020, 3.20, ändrad – ”personers uppfattning av livet” har ersatts med ”personlig
381 upplevelse av välbefinnande”.]382 **3.28**383 **läkemedelsgenomgång**384 metod för kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att
385 säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista386 Anmärkning 1 till termpost: Det är en metod för analys, omprövning och uppföljning av en patients hela
387 läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem.388 Anmärkning 2 till termpost: Det övergripande syftet med att genomföra läkemedelsgenomgångar är att öka
389 kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp.390 Anmärkning 3 till termpost: Det finns två olika läkemedelsgenomgångsmodeller, enkel läkemedelsgenomgång
391 samt fördjupad läkemedelsgenomgång.

392 [Källa: Läkemedelsgenomgångar - Vårdhandboken.]

393 **3.29**394 **missförhållande**395 brist eller avvikelse i verksamheten där såväl utförda handlingar som handlingar som någon av
396 försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra innebär eller har inneburit ett hot mot eller
397 har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa

398 [Källa: Baserad på SOSFS 2011:5, 2 kap § 3.]

399 **3.30**400 **nutrition**

401 näringsämnen och näringstillförsel

402 **3.31**403 **närstående**

404 person som den enskilde anser sig ha en nära relation till

405 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

406 **3.32**407 **omsorg**

408 insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

409 **3.33**410 **omsorgsmåltid**411 måltid där arbetstagarna deltar med individer vid matbordet för att erbjuda det individanpassade
412 måltidsstöd som individerna behöver413 [Källa: Socialstyrelsen: Måltidsmiljö inom särskilda boenden och dagverksamheter – Förslag till
414 indikatorer 2014]415 **3.34**416 **omvårdnad**417 självständig och samarbetsinriktad vård av individer i alla åldrar, familjer, grupper och samhällen,
418 sjuka eller friska och i alla miljöer samt främjande av hälsa, förebyggande av sjukdom och vård av
419 sjuka, funktionshindrade och döende människor

420 [Källa: International Council of Nurses, ICN, 2002, översatt.]

421 3.35

422 **ordinärt boende**

423 boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande

424 Anmärkning 1 till termpost: Till ordinärt boende räknas även seniorboende samt trygghetsboende för personer
425 i åldern 70 år och äldre.

426 [Källa: HSLF-FS 2016:86, ändrad – andra meningen i definitionen har flyttats till en ny anmärkning 1
427 till termpost.]

428 3.36

429 **patientsäkerhet**

430 skydd mot vårdskada

431 Anmärkning 1 till termpost: Skydd mot vårdskada definieras i Socialstyrelsens termbank som skada
432 på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med
433 hälso- och sjukvården.

434 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad – anmärkning 1 till termpost har lagts till.]

435 3.37

436 **personakt**

437 akt som innehåller journalanteckningar och andra handlingar om en eller flera personer som är eller
438 har varit aktuella för utredning eller insats inom socialtjänsten eller verksamhet som bedrivs med stöd
439 av LSS

440 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

441 3.38

442 **personcentrerad vård**

443 arbetssätt där patienter deltar aktivt i sin vård, sin egenvård och i beslutsprocessen

444 [Källa: SS-EN 17398:2020]

445 3.39

446 **process**

447 grupp av aktiviteter som samverkar eller påverkar varandra, och som använder underlag (input) för
448 att åstadkomma ett avsett resultat (output, utfall)

449 Anmärkning 1 till termpost: Om det "avsedda resultatet" av en process kallas utfall, produkt eller tjänst beror på
450 sammanhanget.

451 Anmärkning 2 till termpost: Underlag till en process är vanligen resultat från andra processer. Resultat från en
452 process utgör vanligen underlag till andra processer.

453 Anmärkning 3 till termpost: Två eller flera samverkande eller varandra påverkande processer i serie kan också
454 kallas för en process.

455 Anmärkning 4 till termpost: Processer i en organisation planeras och utförs vanligen under kontrollerade
456 förhållanden för att tillföra värde.

457 Anmärkning 5 till termpost: En process där överensstämmelse med krav hos det resulterande utfallet inte på ett
458 omedelbart eller ekonomiskt sätt kan verifieras, kallas ofta en "speciell process".

459 Anmärkning 6 till termpost: Detta är en av de gemensamma termerna och definitionerna för ISO:s standarder
460 för ledningssystem som anges i bilaga SL av Consolidated ISO Supplement till ISO/IEC Directives, Part 1. Den
461 ursprungliga definitionen har ändrats för att undvika cirkelresonemang mellan process och utfall, och
462 Anmärkning 1 till och med 5 till termpost har lagts till.

463 [KÄLLA: SS-EN ISO 9000:2015, 3.4.1]

464 **3.40**465 **rehabilitering**

466 insatser som syftar till att en person återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga

467 [KÄLLA: SS-EN ISO 9000:2015, 3.5.8]

468 **3.41**469 **risk**

470 möjlighet att en negativ händelse inträffar

471 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad – uttrycket ”ska inträffa” ändrat till ”inträffar”.]

472 **3.42**473 **riskanalys**

474 systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang

475 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

476 **3.43**477 **rutin**

478 angivet sätt att utföra en aktivitet eller process

479 Anmärkning 1 till termpost: Rutiner kan vara dokumenterade eller inte dokumenterade.

480 [Källa: Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.4.5]

481 **3.44**482 **samordnad individuell plan**483 **SIP**484 vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både
485 hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och
486 omsorgsplanering

487 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad –den tillåtna termen SIP har lagts till]

488 **3.45**489 **samverkan**

490 övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte

491 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

492 **3.46**493 **sekretess**494 förbud att i offentlig verksamhet röja uppgifter vare sig det sker muntligen, genom utlämnande av
495 allmän handling eller på annat sätt

496 [Källa: Baserad på Offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400, 3 kap. 1 §.]

497 **3.47**498 **skyddsåtgärd**

499 åtgärd som den enskilde samtyckt till och som syftar till att ge skydd

500 Exempel: Positioneringsbälte för rullstol, brickbord, sänggrindar, förvaring av ägodelar, låsta dörrar och skåp,
501 larm och välfärdsteknik såsom kamera och GPS.

502 [Källa: SS 877001:2021, 3.25]

503 **3.48**504 **socialtjänst**505 kommunal verksamhet som omfattar vård, äldreomsorg, stöd till missbrukare, stöd och service till
506 personer med funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg507 Anmärkning 1 till termpost: Socialtjänstens verksamhet regleras i socialtjänstlagen, lagen med särskilda
508 bestämmelser om vård av unga, lagen om vård av missbrukare, lagen om stöd och service till vissa
509 funktionshindrade, socialförsäkringsbalken samt föräldrabalken.

510 [Källa: Anpassat från Socialstyrelsens termbank]

511 **3.49**

512 **stöd**

513 aktivitet, hjälp eller vägledning som syftar till att tillgodose den enskildes behov och önskemål

514 [Källa: SS 877001:2021, 3.28]

515 **3.50**

516 **systematiskt kvalitetsarbete**

517 arbete med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra en verksamhets kvalitet, som
518 inkluderar att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten

519 [Källa: SS 41000:2018, 2.40 ändrad – Ordet "sätt" har ersatts med "arbete med".]

520 **3.51**

521 **särskilt boende för äldre**

522 boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form
523 av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd

524 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

525 **3.52**

526 **team**

527 flera personer av skilda professioner som tillsammans aktivt verkar för ett gemensamt syfte

528 **3.53**

529 **tillgänglighet**

530 utsträckning i vilken den enskilde, på lika villkor som andra, ges tillträde till, förstår och kan använda
531 sig av den fysiska miljön, transporter och anläggningar samt information, kommunikation, varor,
532 produkter och tjänster

533 [Källa: SS 877001:2021, 3.30, ändrad – ordet "har" har ersatts med "ges tillträde till".]

534 **3.54**

535 **tjänst**

536 utfall från en organisation där minst en aktivitet nödvändigtvis har ägt rum mellan organisationen och
537 kunden

538 Anmärkning 1 till termpost: En tjänst är i huvudsak immateriell.

539 Anmärkning 2 till termpost: En tjänst involverar ofta aktiviteter i kontaktytan med kunden vid bestämning av
540 kundkrav liksom vid leverans av tjänsten, och kan innebära en fortsatt relation, till exempel med banker,
541 revisionsorgan eller aktörer i offentlig sektor, till exempel skolor eller sjukhus.

542 Anmärkning 3 till termpost: Tillhandahållande av en tjänst kan exempelvis inbegripa följande:

543 — en aktivitet utförd på en av kund tillhandahållen materiell produkt (till exempel reparation av en bil),

544 — en aktivitet utförd på en av kund tillhandahållen immateriell produkt (till exempel inkomstredovisning för att
545 förbereda skatteåterbäring),

546 — leverans av en immateriell produkt (till exempel leverans av information för överföring av kunskap),

547 — skapande av trevlig omgivning för kunden (till exempel på hotell eller restaurang).

548 Anmärkning 4 till termpost: En tjänst upplevs vanligen av kunden.

549 [Källa: SS-EN ISO 9000:2015, 3.7.7]

550 **3.55**551 **uppdragsgivare**

552 aktör som beställer utförandet av tjänster enligt detta dokument

553

554 **3.56**555 **utförare**

556 aktör som utför tjänster enligt detta dokument

557 Anmärkning 1 till termpost: Utföraren kan till exempel vara ett företag, en ekonomisk eller ideell förening eller
 558 en kommunal enhet.

559 Anmärkning 2 till termpost: Utföraren kan förtydligas genom att ange tjänstens karaktär, till exempel utföraren
 560 av vård och omsorgstjänster, utföraren av stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS eller utföraren
 561 av vård eller behandling av barn eller unga på ett HVB.

562 **3.57**563 **vård och omsorg**

564 åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till
 565 funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar

566 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

567 **3.58**568 **vårdgivare**

569 statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver
 570 hälso- och sjukvårdsverksamhet

571 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

572 **3.59**573 **vårdplan**

574 vård- och omsorgsplan som beskriver hälso- och sjukvård för en enskild person

575 [Källa: Socialstyrelsens termbank, ändrad – ordet "patient" har ändrats till "person".]

576 **3.60**577 **vårdrelaterad infektion**

578 infektion som uppkommer hos person under slutet vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik,
 579 behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som arbetstagare som arbetar inom
 580 vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning

581 [Källa: Socialstyrelsens termbank]

582 **3.61**583 **välfärdsteknik**

584 digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet
 585 för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning

586 Anmärkning 1 till termpost: Skillnaden är att välfärdsteknik är digital teknik medan hjälpmedel kan
 587 innehålla digital teknik men inte behöver göra det.

588 [Källa: Baserad på Socialdepartementet, Värddigt liv i äldreomsorgen SOU 2008:51]

589 **3.62**590 **värdegrund**

591 grundläggande värderingar som formar en individs normer och handlingar

592 Anmärkning 1 till termpost: Termen kan även användas för att på organisationsnivå beskriva de värderingar
 593 som är rådande i organisationen.

594 [Källa: Baserad på Socialdepartementet, Värddigt liv i äldreomsorgen SOU 2008:51]

595 **3.63**596 **äldre**

597 person som är 65 år eller äldre och som efter bedömning beviljats biståndsinsatser i ordinärt eller
598 särskilt boende för äldre

599 **4 Utförarens förutsättningar**

600 Anmärkning: Förutom texten i avsnitt 0 samt 4 till avsnitt 10, se även bilaga A, som innehåller
601 kompletterande information.

602 **4.1 Att förstå uppdragsgivarens behov och förutsättningar**

603 Utföraren ska

604 a) inför ställningstagande till förfrågningsunderlag säkerställa att den har god kännedom om
605 uppdragsgivarens äldreomsorgsplanering,

606 Anmärkning: Ett förfrågningsunderlag beskriver det material som en upphandlande myndighet
607 tillhandahåller vid annonsering av en upphandling. Det fungerar som underlag för utföraren att lämna
608 anbud.

609 b) säkerställa planeringen inför övertagandet av driften efter att ett anbud har vunnits genom att

610 1. upprätta en plan för uppstart eller övertagande av utförandet av tjänster där planen omfattar
611 delarna

- 612 • fas 1: information och samverkan,
- 613 • fas 2: planering och rekrytering,
- 614 • fas 3: uppstart och implementering,
- 615 • fas 4: avslutning,

616 2. upprätta en plan för arbetstagarnas kompetensförsörjning,

617 3. planera utförandet av tjänsten utifrån ställda krav i avtal och förfrågningsunderlag där.
618 utförandet ska fokusera på

- 619 i) tillgängliga insatser,
- 620 ii) förebyggande insatser och
- 621 iii) evidensbaserade insatser.

622 **4.2 Hantering och tillämpning av regelverk**

623 Utföraren ska

624 a) säkerställa att denne har aktuell kunskap om de krav som ställs utförandet av tjänster enligt
625 detta dokument med avseende på lagstiftning,

626 b) identifiera och fastställa vilka områden som är relevanta för att kunna utföra tjänster enligt detta
627 dokument som uppfyller relevant lagstiftning och uppnår de kvalitetskrav som ställs av
628 samhället och användarna av tjänsterna,

629 c) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner som beskriver hur lagstiftningen tillämpas i
630 vården och omsorgen,

631 d) säkerställa att arbetstagarna känner till och tillämpar gällande regler och fortlöpande informeras
632 vid förändringar i regelverket vid utförandet av tjänster enligt detta dokument.

633 **4.3 Ledningssystem**

634 Utföraren ska

635 a) kunna redovisa innehåll och omfattning i eventuella ledningssystem som tillämpas och som
636 kopplar till utförandet av tjänsterna enligt detta dokument,

- 637 b) säkerställa att styrande och vägledande dokument som följer av ledningssystemet är tillgängliga,
 638 tillräckliga och lämpliga för chefer, arbetstagare och andra som behöver dem för sitt arbete att
 639 utföra tjänsterna enligt detta dokument.

640 **4.4 Systematiskt kvalitetsarbete**

641 **4.4.1 Generellt**

642 För utförandet av tjänster enligt detta dokument ska utföraren

- 643 a) organisera och skapa forum för kvalitetsarbetet, så att förutsättningar finns för ett systematiskt
 644 kvalitetsarbete,
- 645 b) fördela de uppgifter som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet,
- 646 c) erbjuda kompetensutveckling till de arbetstagare som tilldelats uppgifter i det systematiska
 647 kvalitetsarbetet,
- 648 d) arbeta i team och involvera arbetstagarna i det systematiska kvalitetsarbetet,
- 649 e) utveckla och följa upp säkerhetskulturen, att arbetstagarna känner till och är trygga med att
 650 rapportera risker och avvikelser,
- 651 f) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för hantering av synpunkter och klagomål från de
 652 äldre och närstående,
- 653 g) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för hantering av rapportering, utredning och
 654 anmälan av risker och avvikelser,
- 655 h) identifiera och värdera risker i processer eller delprocesser med riskanalys,
- 656 i) fastställa en riskbaserad plan för egenkontroller för verksamhetens processer,
- 657 j) årligen i en kvalitetsberättelse beskriva föregående års kvalitetsarbete med vidtagna åtgärder och
 658 resultat. Kvalitetsberättelsen ska vara tillgänglig för alla som önskar ta del av den.

659 **4.4.2 Tjänster där det även ingår hälso- och sjukvård**

660 För utförandet av tjänster där det även ingår hälso- och sjukvård enligt detta dokument ska utföraren

- 661 a) organisera och skapa forum för patientsäkerhetsarbetet så att förutsättningar finns för
 662 patientsäkerhet,
 663 Exempel: I en patientsäkerhetsberättelse beskriva föregående års patientsäkerhetsarbete med
 664 vidtagna åtgärder och resultat som är tillgänglig för alla som vill ta del av den.
- 665 b) fördela de arbetsuppgifter som ingår i det systematiska patientsäkerhetsarbetet till utsedda
 666 personer,
- 667 c) erbjuda kompetensutveckling till de arbetstagare som tilldelats uppgifter i det systematiska
 668 patientsäkerhetsarbetet,
- 669 d) involvera alla arbetstagare i det systematiska patientsäkerhetsarbetet,
- 670 e) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för arbetet med aktuella Nationella
 671 kvalitetsregister,
 672 Anmärkning: Nationella kvalitetsregister är databaser som innehåller information om vårdens
 673 kvalitet och resultat inom olika områden av svensk hälso- och sjukvård.
- 674 f) analysera data från använda Nationella kvalitetsregister och vid behov vidta åtgärder så att de
 675 äldre får en god och nära vård.

676 5 Ledarskap

677 5.1 Organisation, ledning och resurser

678 Utföraren ska

- 679 a) definiera organisationsstrukturen och tydligt dokumentera beskrivningar av befogenheter och
680 ansvar för enskilda roller avseende utförandet av tjänsterna enligt detta dokument,
- 681 b) dokumentera beskrivningar av resurserna för utförandet av tjänsterna enligt detta dokument vad
682 gäller de anställdas antal, tjänstgöringsgrad, anställningsformer och kompetens, materiella
683 tillgångar, IT-system och ekonomi,
- 684 c) dokumentera rutiner för utförandet av tjänsterna enligt detta dokument som baseras på kliniska
685 riktlinjer och befintliga rekommendationer som fastställts av behöriga myndigheter,
686 organisationer och yrkesföreningar,
687 Exempel: Svenska Läkaresällskapets sektioner för olika medicinska specialiteter och Svensk
688 Sjuksköterskeförenings olika riksföreningar.
- 689 d) säkerställa att det finns en allmänt tillgänglig kvalitetsbeskrivning för tjänsterna enligt detta
690 dokument som innehåller de äldres välbefinnande och säkerhet, etiska regler, de tjänster och
691 faciliteter som tillhandahålls, ledning och i fråga om kompetens och antal,
- 692 e) säkerställa att ansvaret för tjänsternas kvalitet tas upp i avtal och överenskommelser mellan
693 vårdgivaren och andra utförare, underleverantörer och arbetstagare,
- 694 f) ha dokumenterade rutiner som inkluderar men inte är begränsade till nedanstående områden för
695 1) att säkerställa att resurser för att utföra tjänsterna enligt detta dokument planeras och
696 genomförs för att ge en personcentrerad, effektiv och säker vård och omsorg till den äldre,
697 2) att tydliggöra och underlätta samordning för att utföra tjänsterna enligt detta dokument
698 regionen och andra vårdgivare,
699 3) att säkerställa att anställningsvillkor för arbetstagare som medverkar i utförandet av tjänster
700 enligt detta dokument (till exempel kollektivavtal och företagsbaserade regler) beskrivs och
701 finns tillgängliga,
702 4) att säkerställa att effektivt kunna reagera på nödsituationer och katastrofer, inklusive
703 sjukdomsutbrott som kan inträffa under utförandet av tjänsterna enligt detta dokument,
704 5) att säkerställa att hållbarhetsåtgärder införlivas i planeringen och användningen av resurser
705 för utförandet av tjänster enligt detta dokument,
- 706 g) säkerställa att dokumenterade rutiner för utförandet av tjänster enligt detta dokument
707 kommuniceras och är tillgängliga för utförarens arbetstagare samt för relevanta intressenter och
708 myndigheter,
- 709 h) säkerställa att arbetstagarna ges tillgång till den information och utbildning som krävs för att
710 möjliggöra utförandet av tjänster enligt detta dokument.

711 5.2 Värdegrund

712 Utföraren ska

- 713 a) säkerställa att det finns en värdegrund som utgår från den nationella värdegrunden och som är
714 känd av alla arbetstagare,
- 715 b) säkerställa att arbetstagarna är delaktiga i anpassningen, tillämpningen, utvärderingen och
716 utvecklingen av värdegrunden,
- 717 c) säkerställa att den äldre och dennes närstående informeras om värdegrunden,
- 718 d) säkerställa att utförarens värdegrund ingår i utförarens kvalitetsbeskrivning och information till
719 den äldre avseende utförandet av tjänster enligt detta dokument,

- 720 e) säkerställa att den äldre och dennes närstående är involverade i utvärderingen och utvecklingen
721 av värdegrunden.

722 6 Riskhantering och planering

723 6.1 Risker och riskhantering

724 Utföraren ska

- 725 a) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för riskhantering, för utförandet
726 av tjänster enligt detta dokument,

727 Anmärkning 1: Se SS-EN ISO 31000 för vägledning om riskhantering.

- 728 b) säkerställa att arbetstagarna är insatta i riskhanteringssystemet och vet hur risker upptäcks och
729 rapporteras,

- 730 c) genomföra en riskanalys vid förändringar av arbetstagarnas sammansättning, innan nya
731 arbetssätt eller metoder börjar tillämpas eller vid förändringar i organisationsstrukturen som
732 kan påverka utförandet av tjänster enligt detta dokument,

733 Anmärkning 2: Felläges- och effektanalys (FMEA) är ett exempel på en proaktiv metod för
734 riskanalys. En SWOT-analys (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) är också en metod att
735 överväga, särskilt för mindre dagliga kontroller.

- 736 d) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att identifiera, bedöma,
737 hantera eller mildra, övervaka och rapportera risker inom utförandet av tjänster enligt detta
738 dokument avseende den äldres individuella säkerhet.

739 6.2 Nödlägesberedskap

740 Utföraren ska

- 741 a) ta fram och underhålla planer och dokumenterade rutiner för hur hanteringen av nödsituationer,
742 katastrofer och överhängande risker för sådana hanteras vid utförandet av tjänster enligt detta
743 dokument,

- 744 b) ta hänsyn till och anpassa planeringen i punkt a) till samhällets krisberedskap,

- 745 c) beskriva hur samverkan sker med externa intressenter vid nödläge, inklusive vid störningar,
746 under utförandet av tjänster enligt detta dokument,

- 747 c) regelbundet öva och testa beredskapen för nödlägen och katastrofer i samband med utförandet
748 av tjänster enligt detta dokument,

- 749 d) utvärdera och, vid behov, revidera nöd- och katastrofplaneringen efter övningar och tester samt
750 efter inträffade nödlägen och katastrofer för att säkerställa att den är tillräcklig för att kunna
751 leverera tjänster enligt detta dokument,

- 752 e) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att säkerställa kontinuitet i
753 utförandet av tjänster enligt detta dokument avseende de äldres grundläggande behov i händelse
754 av exceptionella omständigheter.

755 6.3 Planering av förändring

756 Vid förändringar som påverkar utförandet av tjänster enligt detta dokument ska utföraren

- 757 a) säkerställa att de genomförs på ett planerat sätt genom att

758 1) dokumentera förändringarna,

759 2) informera arbetstagarna och övriga berörda intressenter om förändringarna,

760 3) följa upp och utvärdera förändringarna,

761 b) säkerställa spårbarheten av dem.

762 **7 Stöd – resurser för att utföra tjänster enligt detta dokument**

763 **7.1 Bemanning**

764 Utföraren ska

- 765 a) säkerställa att bemanningen motsvarar de beviljade insatserna och de äldres behov,
- 766 b) säkerställa en god kontinuitet så att den äldre möter så få personer som möjligt och att
767 insatserna utförs på likartat sätt utifrån genomförandeplanen,
- 768 c) säkerställa att det finns aktuellt täthetsschema för samtliga arbetstagarkategorier,
769 Anmärkning: Ett täthetsschema är ett verktyg för att planera och säkerställa att rätt antal
770 arbetstagare finns på plats vid rätt tidpunkt. Schemat visar hur många arbetstagare som behövs
771 under olika tider på dygnet, baserat på de äldres behov och verksamhetens krav. för att uppfylla
772 kraven i detta dokument.
- 773 d) säkerställa att det finns aktuell dokumentation gällande anställningsform och tjänstgöringsgrad,
- 774 e) prioritera tillsvidareanställning som anställningsform för att säkerställa kontinuitet och kvalitet,
- 775 f) säkerställa att det finns aktuell dokumentation om arbetstagaromsättning,
- 776 g) säkerställa att årlig personalberättelse upprättas,
- 777 h) säkerställa att mätningar genomförs årligen som visar hur många personer den äldre möter
778 under en viss tidsperiod,
779 Anmärkning: En vanlig tidsperiod är 14 dagar.
- 780 i) säkerställa att tjänsterna utförs på sådant sätt att verksamhetschef och arbetsledare har
781 förutsättningar och resurser att utföra sitt arbete med god kvalitet och är tillgänglig för ledning,
782 arbetstagare, den äldre och närstående,
- 783 j) säkerställa att arbetstagarna har förutsättningar och resurser att utföra sitt arbete med god
784 kvalitet,
- 785 k) säkerställa att samarbete och kommunikation kan ske mellan olika yrkesgrupper och med andra
786 aktörer samt att ges möjlighet att vara delaktiga i kvalitetsarbetet,
- 787 l) säkerställa att det finns mätmetoder för att anpassa tjänsterna utifrån den äldres vård- och
788 omsorgsbehov, vad gäller till exempel personalkontinuitet och personalomsättning,
- 789 m) säkerställa att resultat från mätningar enligt l) utgör underlag för bemanningsplanering,
- 790 n) säkerställa att regelbundna avstämningar genomförs mot genomförandeplaner, avvikelser från
791 dessa visar om bemanning och arbetstidsscheman har motsvarat behovet,
- 792 o) ha dokumenterade rutiner för vad som föranleder att den arbetssökande ombes visa utdrag ur
793 belastningsregistret samt ha dokumenterade rutiner för handläggning av fakta i utdraget,
- 794 p) ha dokumenterade rutiner för löpande kontroller av legitimation, skyddad yrkestitel samt utdrag
795 ur belastningsregister,
- 796 q) säkerställa att det särskilda boendet är bemannat dygnet runt så att arbetstagare snabbt kan
797 uppmärksamma om den äldre behöver stöd och hjälp och utan dröjsmål kan ge denne det stöd
798 och den hjälp som behövs för skydd för liv, personlig säkerhet, hälsa och trygghet.

799 **7.2 Kompetens**

800 Utföraren ska

- 801 a) fastställa och underhålla dokumenterad information med krav på kompetens och
802 repetitionsutbildningar för alla arbetstagarkategorier som påverkar kvaliteten på tjänsterna,
- 803 b) säkerställa att ansvariga på ledningsnivå har adekvat utbildning på högskolenivå eller
804 motsvarande kompetens och erfarenhet som chef eller ledare inom vård och omsorg,
- 805 c) säkerställa att de arbetstagare som utför tjänster enligt detta dokument till de äldre har
806 kompetens motsvarande gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram och tillräcklig kunskap om
- 807 1) vård och omsorgsverksamhetens värdegrund och värdegrundsfrågor,
808 2) personcentrerat förhållningssätt,
809 3) hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetssätt,
810 4) kommunikation med äldre i andliga och existentiella frågor,
811 5) synhjälpmedels funktion och hantering,
812 6) hörselhjälpmedels funktion och hantering,
813 7) kognitiva hjälpmedels funktion och hantering,
814 8) kognitiva sjukdomar och äldres psykiska ohälsa samt bemötande vid dessa tillstånd,
815 9) äldres kost, måltider, och nutritionsbehandling,
816 10) dokumentation i social dokumentation/HSL-dokumentation,
817 11) äldres mun- och tandhälsa,
818 12) äldres ät- och sväljsvårigheter,
819 13) äldres urinblås- och tarmfunktion inklusive hjälpmedel,
820 14) äldres sömn och sömnsvårigheter,
821 15) äldres smärta,
822 16) äldres sårprevention och sår,
823 17) äldres fallprevention,
824 18) äldres fysiska funktionstillstånd och vad som hindrar och underlättar för den äldre,
825 19) läkemedel relaterat till äldre och åldrande,
826 20) äldres omvårdnad och omsorg i livets slut,
827 21) anpassning av vården av den döende och omhändertagandet efter döden till den äldres
828 önskemål och till de sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund,
829 22) vårdhygien, vårdrelaterade infektioner, städteknik och basala hygienrutiner,
830 23) hjälpmedels funktion och hantering samt risker vid användning,
831 24) ergonomi, belastning och förflyttningsteknik,
832 25) källsortering och hantering av farligt avfall, både inom den egna verksamheten och hos de äldre
833 26) avvikelserapportering och rapportering enligt Lex Sara och Lex Maria,
834 27) kunskap om HBTQI-frågor,
- 835 d) säkerställa att legitimerad arbetstagare har adekvat utbildning och giltig legitimation,
- 836 e) säkerställa att alla arbetstagare behärskar svenska språket på ett sådant sätt att de kan
837 kommunicera med den äldre, närstående och övriga arbetstagare samt att skriftligt kunna utföra
838 den dokumentation som krävs,

Anmärkning: Ett särskilt boende för äldre kan rikta sig till en annan språkgrupp, exempelvis, finska eller arabiska, där relevanta språkkunskaper hos arbetstagaren i respektive språk kan vara nödvändiga för utföraren att kunna uppfylla kraven i detta dokument,

- f) säkerställa att det finns dokumenterad rutin och program för introduktion och återintroduktion av arbetstagare och att det som en del av rutinen ingår att ansvarig chef säkerställer att beslutade programmet har genomfört och gett avsedd verkan,
- g) upprätthålla dokumentation med aktuell information över alla arbetstagares kompetens inklusive genomförda introduktioner och återintroduktioner samt deltagande i obligatoriska genomgångar och interna utbildningar,
- h) säkerställa att planering, genomförande och uppföljning av kompetensbehov sker på verksamhetsnivå,
- i) säkerställa att planering, genomförande och uppföljning av kompetensbehov sker på individnivå,
- j) säkerställa att alla arbetstagare har tillgång till återkommande handledning och reflektion som leds av utbildad handledare,
- k) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner, förutsättningar samt kompetens för att ta emot och handleda studerande vid verksamhetsförlagd utbildning från högskolor eller universitet och studerande från vård- och omsorgsutbildningen på gymnasienivå och arbetsplatsförlagt lärande,
- l) säkerställa att delegerade arbetsuppgifter kompetenssäkras och tillämpas enligt de dokumenterade rutiner som utfärdats av medicinskt ansvarig sjuksköterska eller medicinskt ansvarig för rehabilitering, dokumenteras och följs upp,
- m) säkerställa att den samlade kompetensen under föregående år beskrivs i form av en kompetensberättelse vilket lämpligtvis integreras i verksamhetens kvalitetsberättelse.

7.3 Informationshantering

Utföraren ska

- a) säkerställa att all dokumentation som rör den äldre förvaras på ett säkert sätt så att den inte kan förvanskas eller att obehöriga ges tillgång till den,
- b) säkerställa att samtliga arbetstagare är informerade om och vet hur de hanterar dokumentation med sekretess,
- c) regelbundet och slumpmässigt kontrollera att sekretessen upprätthålls,
- d) säkerställa att samtliga arbetstagare har kännedom om rapporteringsskyldigheten enligt gällande lagstiftning,
- e) säkerställa att behov och åtgärder gällande informationssäkerhet identifieras och utreds genom årlig riskanalys,
- f) säkerställa att åtgärder gällande informationssäkerhet genomförs, följs upp och utvärderas.

7.4 Samverkan och informationsöverföring

Utföraren ska

- a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan arbetstagare, enheter och funktioner samt med andra, externa aktörer för att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån den äldres perspektiv,

Anmärkning: I bilaga B redovisas översiktligt ansvarsfördelningen mellan kommun och region rörande stöd till den äldre,

- b) säkerställa att det finns ett skriftligt eller muntligt samtycke, från den äldre eller legal företrädare, gällande informationsöverföring samt att detta dokumenteras i den enskildes journal:

- 1) vid informationsöverföring mellan huvudmän,
 - 2) vid informationsöverföring rörande tidigare hälsohistoria,
 - 3) vid informationsöverföring i samband med byte av utförare eller vårdform,
- Anmärkning: Detta gäller förflyttning mellan kommun eller utförare och region.

7.5 Information om vård- och omsorgstjänster

Utföraren ska

- a) tillhandahålla äldre och närstående lättillgängligt och användbart informationsmaterial om utförarens tjänster såväl digitalt som i pappersform,
- b) tillhandahålla informationsmaterial enligt punkt a) ovan översatt till andra språk vid behov,
- c) vid utförande av hemtjänst säkerställa att informationsmaterialet behandlar följande områden:
 - 1) praktiska servicetjänster som exempelvis städning, inköp, tvätt, eller att utföra ärenden,
 - 2) omvårdnad i form av exempelvis hjälp med påklädning eller att duscha,
 - 3) adress till hemtjänstkontoren och kontaktuppgifter till utföraren,
 - 4) hur kostnader för hemtjänst beräknas i förhållande till den äldres ekonomi,
 - 5) arbetstagarnas kompetens, andel utbildad arbetstagare,
 - 6) om tilläggstjänster erbjuds,
- d) när de tillhandahåller tjänster för äldreboende, särskilt boende för äldre eller vård- och omsorgsboende, säkerställa att informationsmaterialet behandlar följande områden:
 - 1) adress till äldreboenden och hur resvägarna med lokala kommunikationsmedel ser ut,
 - 2) hur kostnader för omsorg, hyra och måltider beräknas i förhållande till den äldres ekonomi,
 - 3) personaltäthet, hur många och med vilken kompetens är på plats under olika tider på dygnet,
 - 4) i vilken omfattning rummen är möblerade och vad som gäller för egna möbler,
 - 5) vilka aktiviteter som arrangeras på boendet och hur ofta,
 - 6) om tilläggstjänster erbjuds, exempelvis frisör, fotvård, sällskap till olika aktiviteter, och vad avgifterna för dessa är,
 - 7) om det finns regler för till exempel rökning, alkohol och husdjur,
 - 8) vilken typ av mat som serveras med exempel på menyer från de senaste veckorna samt om de boende är delaktiga i att planera menyn,
- e) säkerställa att de har identifierat och upparbetat former för samverkan med de externa parter, såsom vårdcentraler, tandvårdsmottagningar, som utföraren behöver samverka med för den äldres välbefinnande och hälsa samt
 - 1) att de har fastställt och dokumenterat att respektive extern parts specifika krav på samverkan fungerar när så krävs för de äldres säkerhet, välmående och komfort,
 - 2) att de har beaktat respektive extern parts specifika krav så att den äldres säkerhet och, välmående och komfort säkerställs.

Anmärkning: Specifika krav är, till skillnad från mer allmänt hållna krav, krav som just den organisationen ställer. Att en anordnare av färdtjänst kräver att beställningar inkommer en viss tid innan resans start är ett specifikt krav. Att samma anordnare vill ha betalt är inte ett specifikt krav.

921 7.6 Tillgänglighet

922 7.6.1 Generellt

923 Utföraren ska

- 924 a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för tillgänglighet i vårdmiljöerna,
- 925 b) säkerställa att kartläggning av de äldres behov och potentiella hinder i vårdmiljöerna görs
926 regelbundet. Detta inkluderar både fysiska och kommunikativa hinder,
- 927 c) säkerställa att tillgänglighetsrutiner regelbundet utvärderas och förbättras baserat på feedback
928 från de äldre och deras närstående.

929 7.6.2 Ordinärt boende

930 Utföraren ska

- 931 a) säkerställa en god avvägning mellan den äldres rätt att möblera och utforma den egna bostaden
932 så som den äldre själv vill med kraven på en god arbetsmiljö för arbetstagarna,
- 933 b) bidra till och informera om en säker hemmiljö genom ergonomiska och vårdhygieniska åtgärder,
- 934 c) informera om möjligheter för bostadsanpassning,
- 935 d) förmedla behov och samverka med fastighetsägare för anpassning av boendet till vård-,
936 omsorgs-, hjälpmedels- och rehabiliteringsaktiviteter.

937 7.6.3 Särskilt boende

938 Utföraren ska

- 939 a) säkerställa en god avvägning mellan den äldres rätt att möblera och utforma den egna bostaden
940 som den äldre själv önskar så långt det är möjligt och behovet av en god arbetsmiljö för
941 arbetstagarna,
- 942 b) säkerställa att boendemiljön underlättar och stödjer den äldres kognitiva förmåga,
- 943 c) säkerställa att ljus- och ljudförhållanden, färgsättning samt möbler och inredning i gemensamma
944 utrymmen är anpassade till den äldres behov, välbefinnande och säkerhet så att olyckor
945 förebyggs både vad gäller den äldre och arbetstagarna,
- 946 d) säkerställa att boendets gemensamma utrymmen och utemiljön utformas så att de är tillgängliga
947 och ger förutsättningar för delaktighet, social samvaro och fysiska aktiviteter samt rehabilitering
948 för äldre med nedsatt rörelse- eller orienteringsförmåga,
- 949 e) säkerställa att den äldre har tillgång till bredbandsanslutning för tillgång till digitala tjänster och
950 information,
- 951 f) säkerställa att öppningar och ytor, som till exempel entré- och hissdörrar, gångytor, trappor och
952 ramper samt manöverdon är lätta att upptäcka och hitta fram till även för personer med nedsatt
953 orienteringsförmåga eller syn,
- 954 g) säkerställa att den äldre har möjlighet att ha husdjur om inga allergier hos övriga boende eller
955 arbetstagare hindrar det,
- 956 h) erbjuda tillfällig övernattningsmöjlighet till närstående.

957 7.7 Förebyggande och hälsofrämjande arbete

958 7.7.1 Ordinärt boende

959 Utföraren ska säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för främjande av den äldres hälsa,
960 livskvalitet och välbefinnande.

7.7.2 Särskilt boende

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre erbjuds program för att främja hälsa och välbefinnande.

Anmärkning: Dessa program kan inkludera kost- och näringsrådgivning, motion och fysisk hälsorådgivning, råd om sexuell hälsa, alkohol, råd om rökavvänjning, fysisk och psykisk rehabilitering.

- b) ta hänsyn till följande perspektiv gällande hälsofrämjande och välbefinnande:

- 1) hur äldreboendet är utformat och underhålls,
- 2) hur äldreboendet presenteras i form av exempelvis arkitektur, färger eller tapeter på väggar och färger på golv, belysning, möbler och inredning, målningar och dekorationer,
- 3) den psykosociala atmosfären i hemmet, inklusive arbetstagarnas attityder till och relationer till den äldre och dennes närstående,
- 4) presentation av och innehåll i måltider, sociala och fysiska aktiviteter.

- c) säkerställa att hälsofrämjande åtgärder uppmuntrar den äldre att öka kontrollen över sin hälsa.

7.8 Aktiviteter och sociala insatser

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre erbjuds aktiviteter i grupp eller enskilt, alternativt i enlighet med biståndsbeslutet i ordinärt boende,
- b) säkerställa att äldre som inte längre själv har möjlighet att förmedla vad som skänker stimulans och välbefinnande ges social, psykisk och fysisk stimulans utifrån sina behov och förutsättningar,
- c) säkerställa att den äldre erbjuds socialt umgänge utifrån identifierade behov, alternativt i enlighet med biståndsbeslutet i ordinärt boende,
- d) säkerställa att den äldre erbjuds intellektuell stimulans utifrån identifierade behov,
- e) säkerställa att den äldre ges möjlighet att upprätthålla kontakt med närstående och andra önskade sociala kontakter,
- f) säkerställa att den äldre erbjuds möjlighet och stöd till utevistelse efter behov och önskemål, alternativt i enlighet med biståndsbeslutet i ordinärt boende,
- g) säkerställa att den äldre erbjuds fysisk aktivitet och träning i särskilt boende, alternativt i enlighet med biståndsbeslutet i ordinärt boende.

7.9 Hållbarhetsarbete

Utföraren ska säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för hållbarhetsarbete.

7.10 Städning och tvätt

Utföraren ska

- a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för städning och hantering av tvätt,
- b) säkerställa att ett städschema finns, som anger områden och frekvens för rengöringsaktiviteter, och att detta följs,
- c) säkerställa att det på särskilda boenden är möjligt att separera den äldres tvätt från den allmänna tvätten,
- d) tillhandahålla erforderligt utrymme för förvaring av städutrustning,
- e) säkerställa att den som städar, oavsett om det är en upphandlad tjänst eller utförarens egen arbetstagare, har tillräcklig kompetens,

- f) specificera riktlinjer för städning som åtminstone innehåller
- 1) uppdragets omfattning,
 - 2) vilka lokaler som omfattas av uppdraget,
 - 3) kompetenskrav,
 - 4) ansvarig för städuppdraget,
 - 5) gränsdragningslista för ytor med hög smittorisk,
 - 6) tillämpliga städmetoder,
 - 7) städfrekvens,
 - 8) frekvens för bedömning av städkvalitet,
 - 9) kvalitetskrav,
 - 10) rutin för kvalitetsuppföljning,
 - 11) avvikelshantering.
- g) ha skriftliga instruktioner för punktstädning och punktdesinfektion som anger vem som ansvarar för utförandet och hur städinsatsen utförs,
- h) säkerställa att städutrustning har släta ytor med ett minimum av skarvar, böjar, fördjupningar eller liknande,
- i) säkerställa att städutrustningen tål daglig rengöring med värmedesinfektion, rengöringsmedel eller desinfektionsmedel för ytor, samt att städmaterial av flergångstyp kan rengöras i en kontrollerad process så att de behåller sin funktion under produktens specificerade livslängd,
- j) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för
- 1) hantering och utsortering av utslitet städmaterial,
 - 2) rengöring och desinfektion av städutrustning och doseringsflaskor för utspätt rengöringsmedel,
 - 3) underhåll, service och kalibrering av städmaskiner och tvättmaskiner,
 - 4) hantering och förvaring efter tvätt av flergångsdukar eller -moppar,
- k) säkerställa att slutstädning sker i samband med uppsägning av en lägenhet.

7.11 Vårdhygien

7.11.1 Allmänt

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre samt närstående informeras om hur basala hygienrutiner skyddar mot smitta,
 - b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för tillämpning och uppföljning av basala hygienrutiner för att förebygga smittspridning och god hygienisk arbetsmiljöpraxis,
 - c) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för verksamhetsanpassad vårdhygienisk egenkontroll,
 - d) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för rapportering till och användning av data från aktuella register i utförarens förbättringsarbete,
- Anmärkning: Arbetskläder består normalt av kortärmad överdel och underdel, som tillhandahålls av arbetsgivaren och byts dagligen och tvättas i minst 60 °C för att förhindra smittspridning.
- e) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för när och hur arbetstagarna använder personlig skyddsutrustning för att förhindra spridning av infektioner till eller från den äldre,

Exempel: Skyddsutrustning inkluderar men är inte begränsad till utrustning som skyddshandskar, plastförkläden, andningsskydd, ansiktsvisir och skyddskläder. Se även SS-EN ISO 13688:2013.

- 1047 f) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för rengöring och desinfektion av hjälpmedel och
1048 medicintekniska produkter.

1049 **7.11.2 Ytterligare krav för vårdhygien på särskilda boenden**

1050 På särskilda boenden ska utföraren, utöver 7.11.1

- 1051 a) säkerställa att toalett och badrum förses med anordning för arbetstagarnas skyddsutrustning
- 1052 inklusive desinfektionsmedel, tvål och handtorkpapper,
- 1053 b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för rengöring och desinfektion av ytor,
- 1054 c) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för lagerhållning av rena, desinficerade och
- 1055 sterila produkter,
- 1056 d) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för avemballering av transportförpackningar,
- 1057 e) säkerställa att det finns handlingsplaner för åtgärder vid smittspridning som bl. a. beskriver
- 1058 placering av den äldre, fördelning av arbetstagare och användning av skyddsmaterial,
- 1059 f) säkerställa att det finns utrustning, såsom spol- och diskdesinfektor, för rengöring och
- 1060 desinfektion,
- 1061 g) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för spolning av vattenledningar för
- 1062 förebyggande av legionella,
- 1063 h) säkerställa att lokaler är utformade så att risken för infektioner och smittspridning minimeras,
- 1064 i) säkerställa att material och utrustning tål rengöring och desinfektion så att god hygienisk
- 1065 standard kan uppnås,
- 1066 j) säkerställa att samarbete sker med en vårdhygienisk specialistenhet i regionen.

1067 **7.12 Läkemedelshantering**

1068 Utföraren ska

- 1069 a) säkerställa att en extern kvalitetsgranskning av vård och omsorgsverksamhetens
- 1070 läkemedelshantering genomförs årligen,
- 1071 b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för säker läkemedelshantering som omfattar
- 1072 transport, förvaring, iordningsställande, administrering, inlämning av överblivna läkemedel till
- 1073 apotek samt hantering av läkemedelsavfall,
- 1074 c) säkerställa att det vid arbete med läkemedel finns förutsättningar för att arbeta efter basala
- 1075 hygienrutiner,
- 1076 d) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för när och hur arbetstagarna använder
- 1077 personlig skyddsutrustning vid hantering av läkemedel.

1078 **8 Vård och omsorgsverksamhet för äldre – planering, genomförande och**

1079 **avslut**

1080 **8.1 Planering av uppdrag**

1081 **8.1.1 Förbereda insatser**

1082 **8.1.1.1 Generellt**

1083 Utföraren ska

- 1084 a) säkerställa att insatserna planeras av arbetstagare med adekvat kompetens,
- 1085 b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för utseende av en fast omsorgskontakt i form av
- 1086 en kontaktperson som planerar genomförandet av insatserna tillsammans med den äldre,
- 1087 c) inhämta en levnadsberättelse från den äldre och de närstående som tydliggör den äldres historia,
- 1088 nätverk, vanor och intressen samt övriga önskemål och preferenser,

- d) säkerställa tillgång till information rörande stödbehovets omfattning och art samt ha rutiner för förmedling av informationen till arbetstagarna löpande och vid förändring,
- e) dokumentera resultatet av punkt d) i genomförandeplanen,
- f) säkerställa att schemaläggning och bemanning ses över, vid behov omfördelas eller utökas med hänsyn tagen till den tillkommande äldre,
- g) ha dokumenterade rutiner för inhämtande av samtycke från den äldre vad gäller samverkan och informationsöverföring mellan utföraren och andra aktörer,
- h) samordna insatserna genom planering i team eller en samordnad individuell planering med huvudman och berörda aktörer där behov av samordning finns.

8.1.1.2 Hälso- och sjukvård

Utföraren ska

- a) där det ingår hälso- och sjukvård i verksamheten säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för utseende av en fast vårdkontakt, såsom en omvårdnadsansvarig sjuksköterska, som planerar för en god och nära vård,
- b) tillse att en screening görs av beteendemässiga och psykiska symptom i BPSD och vid behov upprätta en bemötandeplan med åtgärder vid risker och vårdbehov,
- c) där det ingår rehabilitering i verksamheten utse en arbetsterapeut och fysioterapeut som planerar för en funktionsbevarande vård med anpassade hjälpmedel,
- d) tillse att en screening görs av vårdprocessen i Senior alert och vid behov upprätta en vårdplan med åtgärder vid risker och vårdbehov.

Anmärkning: Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som används inom svensk vård och omsorg för att systematiskt arbeta med förebyggande insatser hos äldre personer. Syftet med registret är att minska risken för vanliga vårdskador och ohälsa bland äldre, såsom fall, undernäring, trycksår, munhälsoproblem och blåsdysfunktion.

8.1.2 Mottagande av uppdrag

Utföraren ska

- a) utse arbetstagare som tar emot den äldre och närstående vid studiebesöket i verksamheten,
- b) använda sig av tolk om den äldre personen talar ett annat språk,
Anmärkning. Vid behov lämna information om demens till närstående på deras språk.
- c) skriftligen informera om verksamheten, arbetsmetoder, samarbete och den äldres rätt till självbestämmande och inflytande över den egna vården och omsorgen,
- d) skriftligen informera om dokumentationssystem, hanteringen av personuppgifter och rätten för den äldre att läsa dokumentationen samt informera användning av register,
- e) skriftligen informera hur den äldre och närstående kan lämna klagomål och synpunkter och hur dessa hanteras.

8.1.3 Dokumentation av insatser

Utföraren ska

- a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för upprättande av den äldres dokumentation,
- b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för upprättande av en genomförandeplan i samråd med den äldre,
- c) tillse att genomförandeplanen beskriver hur beslutet och insatser verkställs, vad som ingår, när och hur insatser ges till den äldre samt den äldre personens önskemål och synpunkter,

- 1131 d) tillse att journaler förs löpande av händelser av betydelse för den äldres vård och omsorg,
 1132 kontakter med andra, avvikelser från planering, samt att det går att utläsa vad som inträffat över
 1133 tid och hur situationen för den äldre sett ut.

1134 8.2 Genomförande av uppdrag

1135 8.2.1 Kommunikation

1136 Utföraren ska

- 1137 a) säkerställa att den äldre vid behov ges tillgång till individuellt utprovade hjälpmedel för
 1138 kommunikation, samt stöd med rengöring och underhåll av dessa,

- 1139 b) säkerställa att det finns rutiner för anlitan av tolk för kommunikation med den äldre när så
 1140 bedöms nödvändigt,

1141 Anmärkning 1: Med tolk avses till exempel språk-, tecken- och skrivtolk.

1142 Anmärkning 2: Tolk består normalt av neutral part.

- 1143 c) säkerställa att det finns förutsättningar för personkännedom och samråd med närstående som
 1144 känner den äldre väl finns för att bättre förstå ickeverbal kommunikation.

1145 Anmärkning 3: Ett bra komplement är tillgång till den äldres levnadsberättelse.

1146 8.2.2 Personlig omsorg

1147 8.2.2.1 Bemötande och integritet

1148 Utföraren ska

- 1149 a) säkerställa att den äldre och eller dennes närstående bemöts med ett personcentrerat
 1150 förhållningssätt,

- 1151 b) säkerställa att den äldre och dennes närstående enkelt kan komma i kontakt med ansvarig
 1152 arbetstagare,

- 1153 c) säkerställa att den äldre och dennes närstående ges tydlig information om hur de går till väga om
 1154 de har frågor, synpunkter eller vill framföra klagomål,

- 1155 d) säkerställa att den äldre och dennes närstående ges tydlig information om hur de går till väga för
 1156 att anmäla enskilt klagomål eller fel i vård och omsorg till berörd myndighet,

- 1157 e) säkerställa att den äldre ges möjlighet att delge sin levnadsberättelse,

- 1158 f) säkerställa att den äldre erbjuds information, stöd och samtal om andliga och existentiella behov
 1159 samt har tillgång till kontaktuppgifter till andliga ledare och samfund.

1160 8.2.2.2 Trygghet och säkerhet

1161 Utföraren ska

- 1162 a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för att förebygga, hantera och rapportera våld,
 1163 övergrepp och försummelse,

- 1164 b) begära registerutdrag vid nyanställning,

- 1165 c) säkerställa att det finns information om hantering av den äldres värdesaker,

- 1166 d) i händelse av stöld eller misstanke om stöld hos äldre där arbetstagare är eller kan vara inblandad
 1167 säkerställa att en lex Sarah-rapport skrivs samt att händelsen och lex Sarah-rapporten
 1168 dokumenteras i den äldres sociala journal,

- 1169 e) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för säker hantering av den äldres nycklar för
 1170 inpassering till dennes boende,

- f) säkerställa att den äldre har tillgång till trygghetslarm under förutsättning att den äldre i ordinärt boende är beviljad insatsen, alternativt där så bedöms nödvändigt på särskilt boende för äldre,
- g) säkerställa att arbetstagarna har tillgång till information rörande tvångs- och begränsningsåtgärder,
- h) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för att bedöma behovet av och erbjudande av en fast omsorgskontakt inom såväl hemtjänst som särskilt boende.

8.2.2.3 Genusperspektiv

Utföraren ska

- a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för att identifiera och förstå de könsspecifika behov som kan finnas hos den äldre,
- b) erbjuda genusmedvetna aktiviteter och möjligheter till social interaktion,
- c) skapa aktiviteter som tillgodoser intressen hos varje individ,
- d) anpassa sociala aktiviteter för att säkerställa att alla boende känner sig inkluderade,
- e) utveckla personcentrerade vårdplaner som tar hänsyn till genusrelaterade behov,
- f) genomföra regelbundna individuella bedömningar som inkluderar genusaspekter.

8.2.3 Personlig vård

8.2.3.1 Hälso- och sjukvård

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre erbjuds ett årligt läkarbesök i hemmet, på vårdcentralen eller på boendet med genomgång av hälsotillstånd och aktuell läkemedelslista,
- b) säkerställa att varje nyinflyttad äldre ges en helhetsbedömning, fysiskt, psykiskt, socialt och funktionsmässigt av teamet där läkare ingår, senast inom två veckor efter flytt till särskilt boende för äldre eller inskrivning i hemsjukvård och därefter vid förändrad symptom-bild eller förändrat behov,
- c) säkerställa att läkare gör hembesök i de fall det bedöms medicinskt indicerat eller om det kan förhindra för den äldre onödig sjukhusinläggning,
- d) säkerställa att läkaren informeras om den äldres ändrade medicinska behov,
- e) säkerställa att läkare finns tillgänglig på plats en gång per vecka på särskilt boende för äldre,
- f) säkerställa att läkare tillsammans med teamet genomför vårdplanering och uppföljning av beslutade medicinska insatser,
- g) säkerställa att sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut eller andra legitimerade yrkesgrupper finns tillgängliga i den omfattning som den äldres tillstånd kräver,
- h) säkerställa att läkare och sjuksköterska ger handledning eller konsultation för medicinska bedömningar, behandlingar och uppföljning till arbetstagarna i enskilda patientärenden, även per telefon, dygnet runt,
- i) säkerställa att av läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterskas ordinerade insatser genomförs och dokumenteras,
- j) säkerställa att samverkansavtal rörande den äldres läkarinsatser, avseende den egna vård och omsorgsverksamheten, tecknats mellan kommun och region,
- k) säkerställa att den äldre erbjuds möjlighet att få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt som lämpligen är specialist inom allmänmedicin eller geriatrik,

- 1212 l) säkerställa att den äldres hälsotillstånd följs fortlöpande för att så tidigt som möjligt upptäcka
1213 behov som kan medföra åtgärder i form av medicinska bedömningar och åtgärder,
- 1214 m) säkerställa att en kontinuerlig dialog förs mellan utföraren och läkaren för att ge den äldre bästa
1215 möjliga hälso- och sjukvård.

1216 8.2.3.2 Läkemedel

1217 Utföraren ska

- 1218 a) säkerställa att alternativ till farmakologisk behandling har beaktats,
- 1219 b) säkerställa att den äldres läkemedelsordination bygger på adekvat information om den äldres
1220 fysiska och psykiska funktionstillstånd,
- 1221 c) säkerställa att det finns aktuellt ordinationsunderlag eller läkemedelslista för iordningställande
1222 och utdelande av dos,
- 1223 d) säkerställa att det finns tillgång till ansvarig sjuksköterska för den äldres läkemedelshantering,
- 1224 e) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för erbjudande av läkemedelsgenomgång till den
1225 äldre.

1226 8.2.3.3 Syn och hörsel

1227 Utföraren ska

- 1228 a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för syn- och hörselunderlättande åtgärder i den
1229 miljö som den äldre vistas i,
- 1230 b) säkerställa att den äldre i förekommande fall erbjuds förebyggande och avhjälpande underhåll av
1231 sina synhjälpmedel, hörsel- eller varseblivningshjälpmedel,
- 1232 c) säkerställa att arbetstagarna, om så bedöms nödvändigt, inhämtar uppgifter om den äldres syn-
1233 och hörselstatus i både ordinärt boende och i samband med att den äldre flyttar till ett särskilt
1234 boende för äldre,
- 1235 d) säkerställa att arbetstagarna rapporterar förändringar i den äldres syn- och hörselstatus till
1236 legitimerad personal som kan erbjuda relevanta åtgärder i samverkan med den äldre.

1237 8.2.3.4 Mat, måltid och nutrition

1238 8.2.3.4.1 Allmänna krav

1239 Utföraren ska

- 1240 a) säkerställa att den äldre vid behov ges tillgång till individuell anpassning genom måltidsstöd och
1241 hjälpmedel för att ge möjligheter att behålla autonomi i måltidssituationen,
- 1242 b) säkerställa att maten som levereras eller serveras är näringsriktig, anpassad efter den äldres
1243 behov och uppfyller specificerade krav,
- 1244 c) säkerställa att två eller flera rätter och tillbehör erbjuds till huvudmålen,
1245 Anmärkning: Vid hemleverans gäller kravet färdiglagade matlådor.
- 1246 d) säkerställa att den äldre erbjuds mellanmål,
- 1247 e) säkerställa att den äldres måltider blir fördelade jämnt över den vakna tiden på dygnet,
- 1248 f) säkerställa att den äldre erbjuds möjlighet att delta i måltidsförberedelser,
- 1249 g) säkerställa att nutritionsrelaterade problem identifieras och åtgärdas,
- 1250 h) säkerställa att maten serveras på ett trevligt och tilltalande sätt,
- 1251 i) säkerställa att den som ansvarar för måltiden känner till och kan informera om de vanligaste
1252 allergena ingredienserna som ingår i maten.

8.2.3.4.2 Krav för särskilt boende för äldre

Utföraren ska

- a) säkerställa att den gemensamma måltidsmiljön är tilltalande och anpassas till de äldres individuella förutsättningar,
- b) säkerställa att måltidsmiljön är ljudmiljöanpassad samt att störande ljud minimeras,
- c) säkerställa att alla platser vid bordet eller borden har tillräcklig belysning,
- d) säkerställa att arbetstagare deltar aktivt i måltiden via samtal,
- e) säkerställa att måltidssituationen präglas av lugn och att fokus är på ätande och måltid,
- f) säkerställa att den äldre erbjuds omsorgsmåltid,
- g) säkerställa att den äldre vid behov ges tillgång till individuellt måltidsstöd samt utprovade hjälpmedel vid ät- och sväljsvårigheter,
- h) säkerställa att den äldres vätskebehov tillfredsställs,
- i) säkerställa att nattfastan inte överstiger 11 h,
- j) säkerställa att den äldre erbjuds att delta i regelbundna kostrådsmöten med arbetstagare i syfte att tillvarata de äldres behov och önskemål,
- k) säkerställa att den som serverar måltiden kan informera om maträttens namn och eventuella allergena ingredienser,
- l) säkerställa att högtider och årstidsskiftningar uppmärksammas.

8.2.3.5 Mun- och tandhälsa

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre med omfattande vårdbehov erbjuds uppsökande munvårdsbedömning och intyg om nödvändig tandvård,
- Anmärkning: Kostnaden för nödvändig tandvård sker i enlighet med Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.
- b) säkerställa att den äldre, om den så önskar, ges tillgång till hjälp med daglig munvård och tandborstning,
- c) säkerställa att den äldre erbjuds regelbunden kontakt med tandvården,
- d) säkerställa att den äldre vid behov ges tillgång till individuellt utprovade hjälpmedel för munvård.

8.2.3.6 Urinblås- och tarmfunktion

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre så långt som möjligt genom stöd ges möjlighet att behålla sina urinblås- och tarmfunktioner,
- b) säkerställa regelbundna toalettbesök,
- c) säkerställa att den äldre ges stöd med att förebygga dålig lukt och inkontinensrelaterade hudproblem,
- d) säkerställa att den äldre vid behov ges individuellt utprovade hjälpmedel för bristande urinblås- och tarmfunktion.

1291 **8.2.3.7 Sömn**1292 **8.2.3.7.1 Allmänna krav**

1293 Utföraren ska

1294 a) säkerställa att den äldre ges möjlighet att följa sin dygnsrytm,

1295 b) säkerställa den äldres möjlighet till sömn med så få störningar som möjligt,

1296 c) säkerställa att det på särskilt boende finns arbetstagare som är tillgänglig för den äldre om denne
1297 är orolig eller har svårt att sova.1298 **8.2.3.7.2 Krav vid eget boende**1299 Utföraren ska säkerställa att den äldre har tillgång till tillsyn nattetid i det egna hemmet, digital eller
1300 fysisk.1301 Exempel: Digital tillsyn passar den som vill kunna sova tryggt utan att få fysiskt besök av arbetstagare och
1302 genomförs i dag till största delen med kameror med strömmade bilder som öppnas en kort stund ett antal gånger
1303 per natt, enligt överenskommelse med den äldre.1304 **8.2.3.8 Hud och sår**

1305 Vid särskilt boende eller hemsjukvård ska utföraren

1306 a) säkerställa att den äldres hud inspekteras regelbundet för att förebygga uppkomst av sår,

1307 b) säkerställa att den äldre vid behov får individuellt utprovade sårhjälpmedel för sårläggning,

1308 c) säkerställa att den äldre har individuellt utprovade hjälpmedel för att förebygga eller läka sår,

1309 Exempel: Luftmadrass, specialkuddar, anpassad rullstol.

1310 d) säkerställa att den äldre får hjälp med att lägesändra då denne inte kan utföra det själv,

1311 e) säkerställa förebyggande åtgärder genom att hålla huden torr, mjuk och smidig.

1312 **8.2.4 Personlig säkerhet**1313 **8.2.4.1 Hälsoinformation**

1314 Utföraren ska

1315 a) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att hjälpa den äldre med
1316 hälsoinformationsfrågor,

1317 b) säkerställa att den äldre har tillgång till hälsoinformation som är användbar och tillgänglig,

1318 c) hålla hälsoinformationen praktisk och relevant för den äldres dagliga aktiviteter och fysiska
1319 funktion,1320 d) närma sig den äldre med ett personcentrerat förhållningssätt och därigenom skapa en lärmiljö
1321 där den äldre kan känna sig bekväm när denne uttrycker vad som inte förstås om
1322 hälsoinformationen,

1323 e) använda välbekant terminologi och ge den äldre tillräcklig tid att bearbeta ny information.

1324 **8.2.4.2 Psykiskt funktionstillstånd**

1325 Utföraren ska

1326 a) säkerställa att kommunen omgående uppmärksammas på om det finns behov av legal
1327 företrädare,1328 b) säkerställa att den äldre erhåller hjälp med anpassning av boendemiljön så att den stödjer
1329 igenkänning, trygghet och orienterbarhet utan att det hindrar arbetstagarna i deras arbete,

- c) säkerställa att såväl fysiska som sociala aktiviteter är anpassade till den äldres psykiska funktionstillstånd,
 - d) säkerställa att den äldre vid behov ges tillgång till individuellt utprovade kognitiva hjälpmedel,
 - e) säkerställa att arbetstagarnas bemötande anpassas till den äldres psykiska funktioner,
 - f) säkerställa att den äldre känner sig sedd, förstådd och trygg i en tillåtande miljö,
 - g) säkerställa ett arbetssätt som skapar ett individuellt anpassat stöd.
- Exempel: Levnadsberättelse och samråd med närstående.
- h) säkerställa att bedömningar utförs av den äldres psykiska och kognitiva funktioner i samråd med den äldre.

8.2.5 Förflyttning

8.2.5.1 Fysiskt funktionstillstånd

Utföraren ska

- a) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för bedömning av den äldres rehabiliteringsbehov vid ett förändrat vårdbehov i ordinärt boende eller efter slutenvårdsinsats,
- b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för bedömning av den äldres rehabiliteringsbehov vid efter inflyttning på särskilt boende för äldre och vid förändrat vårdbehov,
- c) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för bedömning av insatser rörande den äldres fallrisk,
- d) säkerställa att planerade insatser utförs med ett funktionsbevarande förhållningssätt.

8.2.5.2 Hjälpmedel och välfärdsteknik

Utföraren ska

- a) säkerställa att den äldre får aktuell information om vilka hjälpmedel och välfärdsteknik som finns att tillgå,
- b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för individuell utprovning av hjälpmedel, välfärdsteknik eller både och,
- c) säkerställa att den äldre får instruktion och träning i att använda och hantera hjälpmedel, välfärdsteknik eller både och,
- d) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för leverans, montering, installation, förebyggande och avhjälpande underhåll samt rengöring av hjälpmedel, välfärdsteknik eller både och,
- e) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för anmälan av tillbud och olyckor med hjälpmedel, välfärdsteknik eller både och,
- f) säkerställa att det finns tillgång till hjälpmedel för säker förflyttning för den äldre,
- g) säkerställa att det finns teknik för delaktighet och kommunikation.

Exempel: Hjälpmedel som förstorar text och förbättrar kontrast på skärmar och bredbandsanslutning som medger anslutning av e-tjänster.

8.3 Uppföljning av insatser

Utföraren ska

- 1369 a) följa upp att planerade insatser utförts och att den äldre är nöjd med utförandet, arbetstagarnas
1370 bemötande, kompetens samt inflytande över insatsens genomförande,
- 1371 b) säkerställa att uppföljningen och analysen dokumenteras och används vid översyn av planeringen
1372 av insatserna till den äldre,
- 1373 c) säkerställa att uppföljningen genomförs även om den äldre inte längre betjänas av vård och
1374 omsorgsverksamheten,
- 1375 Anmärkning 1: Uppföljningen och analys av eventuella brister kan med fördel ske för alla de äldre som
1376 betjänas av vård och omsorgsverksamheten. Därmed kan systematiska brister bättre identifieras och förstås.
- 1377 d) säkerställa att det om den äldre har frågor, önskemål eller vill fatta beslut som kräver viss
1378 kompetens organiseras samtal med arbetstagare med denna kompetens och mandat,
- 1379 Anmärkning 2: Sjuksköterska, dietist och fysioterapeut är exempel på kompetenser som kan behöva
1380 kallas in.
- 1381 e) säkerställa att det i dokumentationen från samtalen enligt d) framgår vem eller vilka som deltagit
1382 i samtalet samt deras befattning och eventuell specialistkompetens.
- 1383 Anmärkning 3: Kompletterande information återfinns på en sammanslagen nivå i avsnitt 9.

1384 8.4 Avslut av uppdrag

1385 8.4.1 Avslut av insatser

1386 Utföraren ska

- 1387 a) inhämta och dokumentera samtycke från den äldre personen vad gäller informationsöverföring
1388 till andra aktörer. Om samtycke inte kan fås ska en menprövning göras innan
1389 informationsöverföringen.
- 1390 Anmärkning: Menprövning innebär att bedöma om utlämnande av sekretessbelagda uppgifter kan
1391 ske utan att det är till men för den enskilde eller närstående. Det är en juridisk skyldighet inom
1392 offentlig verksamhet, särskilt hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- 1393 b) tillse att en slutanteckning upprättas i den sociala journalen om anledningen till att insatsen
1394 avslutas samt när den avslutades.

1395 8.4.2 Palliativ vård

1396 Utföraren ska vid särskilt boende eller vid hemsjukvård

- 1397 a) säkerställa att det upprättas en vårdplan inför vård i livets slutskede,
- 1398 b) säkerställa att arbetstagare finns närvarande vid den äldres sida, om så önskas av den äldre,
1399 under den sista perioden i livets slut,
- 1400 c) säkerställa att brytpunktssamtal genomförs med den äldre som bedöms befinna sig i livets slut
1401 och dennes närstående,
- 1402 d) säkerställa att uppföljning genom efterlevandesamtal genomförs med närstående avseende
1403 upplevelsen av vården i livets slut.
- 1404 Anmärkning: För mer information om kommunal och regional hemsjukvård, se bilaga B.

1405

1406 8.4.3 Dödsfall

1407 Utföraren ska

- 1408 a) säkerställa att den avlidnes identitet är fastställd,

- b) säkerställa att närstående underrättas samt får möjlighet att ta farväl efter det att den dödes identitet är fastställd,
- c) tillse att omhändertagandet efter döden är värdigt, respektfullt och anpassas till den äldres önskemål och till eventuella sedvanor som kan betingas av kulturell eller religiös bakgrund,
- d) om möjligt låta den arbetstagare som tagit hand om den döde finnas till hands för att stödja och informera de närstående vid avskedet och en tid efter dödsfallet,
- e) ha en tydlig checklista och skrift med praktiska råd och telefonnummer som kan användas vid dödsfall för informationen till de närstående,
- f) om möjligt lämna dödsbudet personligen om dödsfallet var oväntat. Anpassa informationen och följ upp så de närstående får svar på sina frågor och funderingar,
- g) informera om hur begravningsbyrå kontaktas och att det går bra att ta hand om det praktiska arbetet själv. Förmedla vid behov kontakt med kurator, kyrka eller stödgrupp,
- h) lämna den äldres privata medel till den person som företräder dödsboet. Utlämnandet dokumenteras och skrivs under av dödsboet,
- i) dokumentera i en slutteckning de åtgärder som vidtagits, samtal som förts, de kontakter som tagits och den information som lämnats till närstående,
- j) tillse att arbetstagarna får stöd i form av möjlighet till samtal, handledning och reflektion efter ett dödsfall,
- k) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för dödsfall som misstänks ha samband med fel eller försummelse inom hälso- och sjukvården.

8.5 Närstående

Utföraren ska

- a) upprätta, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att säkerställa att närstående som vårdar den äldre har tillräcklig kunskap rörande den äldres hälsotillstånd och dess konsekvenser, dess förväntade utveckling och sätt att hjälpa den äldre att klara sig hemma,
- b) informera närstående som vårdar den äldre om möjligheten till stöd och hur de kan ansöka om detta,
- c) informera närstående som vårdar den äldre om möjligheten att gå med i en stödgrupp för närstående för att diskutera frågor som rör vård och stöd som tillhandahålls av utföraren,
- d) säkerställa att det finns inhämtat samtycke från den äldre om vilka i dennes närhet som kontaktas i olika frågor,
- e) identifiera eventuell legal företrädare och med denna upprätta en överenskommelse om hur kontakt och kommunikation sker samt identifiera vilka delar den legala företrädaren har i sitt förordnande,
- f) säkerställa att alla arbetstagare ges information om den legala företrädarens uppdrag och ansvar.

9 Utvärdering av tjänster enligt detta dokument

9.1 Den äldres uppfattning om kvaliteten på tjänsterna

Utföraren ska

- a) fastställa, dokumentera och använda en eller flera metoder som är lämpliga för att samla in återkoppling från de äldre och närstående om deras upplevelse av omsorg, vård och övriga levererade tjänster,

- 1450 Exempel: Exempel på återkopplingspunkter som kan ingå: integritet, självbestämmande,
 1451 inflytande, delaktighet, bemötande, trygghet och säkerhet, övergrepp, mat och måltider, personlig hygien,
 1452 tid utomhus, aktiviteter, hjälpmedel, tillgänglighet och personalkontinuitet,
- 1453 b) säkerställa att metoderna i punkt a) är utformade och anpassade till de grupperna av tillfrågade,
 1454 oavsett förutsättningar och kognitiv förmåga,
- 1455 Anmärkning: Förutsättningar att beakta kan handla om språkkunskaper, tillgång till teknik.
- 1456 c) säkerställa att metoderna är så utformade att risken för otillbörlig påverkan från andra är
 1457 minimal,
- 1458 Anmärkning 2: Om intervju används kan ett sätt att minska risken vara att någon annan än ordinarie
 1459 arbetstagare genomför den.
- 1460 d) delta i den nationella brukarundersökningen,
- 1461 Anmärkning 3: Den nationella brukarundersökningen är ett initiativ som genomförs årligen i Sverige
 1462 för att samla in och analysera synpunkter från brukare av olika välfärdstjänster. Undersökningen kan rikta
 1463 sig mot exempelvis äldreomsorg, socialtjänst, funktionsstöd eller andra samhällsviktiga verksamheter.
 1464 Syftet är att fånga upp brukarnas erfarenheter och åsikter om kvalitet, bemötande och tillgänglighet, så att
 1465 verksamheterna kan utvecklas utifrån faktiska behov.
- 1466 e) använda resultatet från egna undersökningar och den nationella brukarundersökningen för att
 1467 utveckla sin leverans av tjänster,
- 1468 f) informera om resultatet till äldre, närstående, arbetstagare samt andra aktörer för att utveckla
 1469 tjänsterna enligt detta dokument.
- 1470 **9.2 Egenkontroll**
- 1471 Utföraren ska
- 1472 a) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för genomförandet av
 1473 egenkontroll, av tjänsterna enligt detta dokument,
- 1474 b) planera och genomföra egenkontroller i den omfattning som behövs för att avsteg från
 1475 författningskrav, avtal med beställare, egen värdegrund samt interna rutiner och bestämmelser,
 1476 upptäcks och snabbt kommuniceras till ansvariga,
- 1477 c) säkerställa att uppföljningen omfattar kontroll av de åtgärder som vidtagits och rapportering av
 1478 kontrollresultat,
- 1479 d) säkerställa att resultaten från egenkontrollerna bevaras som dokumenterad information samt att
 1480 det av dokumentationen framgår
- 1481 1) vad som kontrollerades,
 1482 2) när egenkontrollen utfördes,
 1483 3) om resultatet var tillfredställande,
 1484 4) vilken person som genomförde egenkontrollen.
- 1485 e) använda resultatet av egenkontrollerna för att bedöma om förändringar av tjänsterna enligt detta
 1486 dokument behöver göras,
- 1487 f) säkerställa att alla anställda som deltar i egenkontrollen ges lämplig tid och resurser.

1488 10 Förbättring av tjänster enligt detta dokument

1489 10.1 Förbättringsarbete, utveckling och innovation

1490 Utföraren ska

- 1491 a) säkerställa att relevant forskning och ny kunskap förmedlas inom organisationen för att förbättra
1492 utförandet av tjänsterna enligt detta dokument,
- 1493 b) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för medverkan i forsknings- och
1494 utvecklingsprojekt om vård och omsorgsverksamhet för äldre,
- 1495 c) säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för rapportering till, analys och användning av
1496 data från kvalitetsregister samt offentliga nationella databaser som en del av kunskapsutveckling
1497 och förbättringsarbete,
- 1498 Exempel: Tillämpliga kvalitetsregister kan vara Infektionsverket, Rikssår, nationellt kvalitetsregister för
1499 svårläkta sår, Senior alert, nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg, Svenska Demensregistret –
1500 SveDem, Svenska palliativregistret och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid
1501 demens – BPSD-registret.
- 1502 d) säkerställa att identifierade förbättringsåtgärder används i utvecklingsarbetet av tjänsterna
1503 enligt detta dokument,
- 1504 e) säkerställa att den äldre, närstående, brukarorganisationer samt arbetstagare har inflytande och
1505 är delaktiga avseende förbättringsåtgärder, utveckling och innovation,
- 1506 f) säkerställa att utförarens kvalitetsberättelse beskriver hur arbetstagarna, den äldre och
1507 eventuella externa aktörer har medverkat i utvecklings- och innovationsarbetet,
- 1508 g) säkerställa att det årligen genomförs en övergripande genomgång för att hantera det insamlade
1509 informationsunderlaget och dra slutsatser av detta.

10.2 Avvikelsehantering

1510 Utföraren ska

- 1511 a) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för rapportering, utredning och
1512 granskning av avvikelser och negativa händelser kopplade till tjänsterna enligt detta dokument,
- 1513 b) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för rapportering av avvikelser och
1514 negativa händelser till berörd myndighet,
- 1515 c) säkerställa en tillåtande kultur och en öppen kommunikation gällande avvikelser,
- 1516 d) säkerställa att arbetstagarna är bekant med rapporteringssystemet och vet vad som behöver
1517 rapporteras,
- 1518 e) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att underlätta rapportering av
1519 brister i tjänsterna enligt detta dokument till ledningen, inklusive visselblåsning,
- 1520 Anmärkning: Se även SS-ISO 37002:2021.
- 1521 f) vidta eventuella nödvändiga korrigerande åtgärder av tjänsterna enligt detta dokument för att
1522 eliminera orsakerna till avvikelsen, så att den inte inträffar på nytt eller på annat håll,
- 1523 g) följa upp, granska och utvärdera eventuella genomförda korrigerande åtgärders verkan.

10.3 Förslag och klagomål

1524 Utföraren ska

- 1525 a) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att lämna in ett formellt
1526 klagomål,
- 1527 b) fastställa, genomföra och upprätthålla dokumenterade rutiner för att säkerställa att förslag,
1528 klagomål och problem undersöks, åtgärdas och rapporteras tillbaka till de berörda,
- 1529 c) säkerställa att den äldre har tillgång till information, i ett tillgängligt och lämpligt format, rörande
1530 förfaringssättet för att lämna förslag eller klagomål,
- 1531 d) säkerställa att den äldres förslag, klagomål och funderingar beaktas på ett stödande sätt,

- 1534 e) säkerställa att arbetstagarna har information om hur de kan stödja och ge den äldre och
1535 närstående möjlighet att komma med förslag eller klagomål,
- 1536 f) säkerställa att arbetstagarna enligt gällande rapporteringsskyldighet har information om hur de
1537 lämnar förslag eller klagomål om kvaliteten på vården och omsorgen, inklusive övergrepp eller
1538 försummelse.
1539

KOPIA FRÅN SIS FÖR REMISSBEHANDLING
ENDAST FÖR INTERNT BRUK
FÅR EJ KOPIERAS ELLER SPRIDAS

Bilaga A (informativ)

Kompletterande information till avsnitten 4 till 10

A.1 Tillämpning av bilaga A

Denna bilaga utgör en vägledning för tillämpning av detta dokument och är även avsedd att förhindra feltolkning av kraven och rekommendationerna i detta dokument. Även om denna information adresserar och överensstämmer med dessa krav och rekommendationer, är den inte avsedd att lägga till, subtrahera från eller på något sätt ändra dem.

Endast utvalda avsnitt eller underavsnitt i den normativa texten, det vill säga avsnitt 4 till och med 10 i detta dokument, kommenteras i denna bilaga. Dessa avsnitt i bilagan innehåller ytterligare informativ vägledning och förtydliganden av kraven och rekommendationerna i detta dokument. Avsnitten i den normativa texten i detta dokument som inte behandlas i denna bilaga anses vara tillräckligt självförklarande och tydliga.

Avsnittsnumren i bilaga A motsvarar inte avsnittsnumret i den normativa texten. För att underlätta enkla korshänvisningar är avsnittsrubrikerna i bilaga A identiska med avsnittsrubrikerna i den normativa texten. Motsvarande avsnittsnummer i den normativa texten anges inom parentes i rubrikerna i denna bilaga.

A.2 Att förstå uppdragsgivarens behov och förutsättningar (4.1)

Ett grundläggande förutsättning för kvalitet av tjänsterna i vård och omsorgstjänster enligt detta dokument är att utföraren kan planera, leda och genomföra samt systematiskt utvärdera och förbättra vård och omsorgsverksamhet för äldre. En viktig förutsättning är att utföraren inför ställningstagandet att gå in i en anbudsprocess granskar uppdragsgivarens förutsättningar för att kunna ta ställning till förfrågningsunderlaget.

Anmärkning: Med uppdragsgivare avses kommunen som upphandlar vård och omsorgstjänster av utföraren.

Inför beredningen av en upphandling och framtagande av förfrågningsunderlag kan uppdragsgivaren vid behov informera tilltänkta utförare om förutsättningarna för uppdraget genom att ha överblick över till exempel följande:

- kartläggning av nuvarande boendesituation för de äldre samt dokumenterad plan för hur uppdragsgivaren avser att säkerställa att det finns tillräcklig service och äldreboenden som säkerställer en trygg boendesituation för de äldre i kommunen,
- kartläggning av nuvarande kompetenssituation samt dokumenterad plan för hur uppdragsgivaren avser att säkerställa att det finns tillräckligt med kvalificerade arbetstagare för service och äldreboenden som säkerställer en trygg boendesituation för de äldre i kommunen,
- plan för digitalisering och välfärdsteknologi,
- plan för förebyggande arbete vad gäller de äldres hälsa, livskvalitet och välbefinnande,
- hur planeringen för äldre samordnas med annan samhällsplanering inom kommunen,
- hur medborgarnas syn på nuvarande och framtidens äldreomsorg fångas in och beaktas genom att till exempel genomföra medborgardialoger samt samverka med pensionärsorganisationer,
- om uppsökande verksamhet till äldre som inte har kontakt med äldreomsorgen genomförs genom att till exempel informera om frivilligverksamhet, hjälpmedel samt värdet av bra kost och motion,
- om kunskap om äldres villkor och den demografiska utvecklingen sprids till en vidare krets av intressenter för att möta dagens och framtidens behov. Det gäller till exempel bostadsbolag, affärer, restauranger, intresseorganisationer och kultur- och nöjesarrangörer.

A.3 Hantering och tillämpning av regelverk (4.2)

1588 Krav på utföraren kommer från

- 1589 • staten i form av lagar men även genom statliga myndigheter i form av föreskrifter, allmänna
- 1590 råd och tillstånd,
- 1591 • beställande och upphandlande organisationer såsom kommuner och kommunförbund i form
- 1592 av avtal och riktlinjer,
- 1593 • regionerna i form av krav på hur samverkan med vårdgivare sker.

1594 Utöver ovanstående kan utföraren även åta sig att följa andra regelverk så som kraven i detta
1595 dokument eller branschorganisationers uppförandekoder.

1596 Socialtjänstlagen anger att kommunernas socialtjänst inriktas på att äldre personer kan leva ett
1597 värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden verkar för att äldre personer lever och bor
1598 självständigt under trygga förhållanden samt har en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med
1599 andra. Socialnämnden verkar även för att äldre ges möjlighet till goda bostäder och ger dem som
1600 behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

1601 Vård och omsorgsverksamhet är tillståndspliktig vad gäller hemtjänst och särskilt boende vilket
1602 medför att privata aktörer, kommunala aktiebolag och stiftelser behöver ansöka om tillstånd från
1603 Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Verksamheter i kommunens egen regi behöver inget tillstånd
1604 men anmäler till IVO att de bedriver sådan verksamhet. Kommunen kontrollerar om de utförare de vill
1605 anlita har tillstånd från IVO. Det görs genom att utförarna av verksamheten visar sina tillstånd. För den
1606 utförare som vill få och behålla ett tillstånd från IVO gäller regler om lämplighet. IVO gör en bedömning
1607 av om aktörens företrädare har tillräcklig insikt i de lagar och övriga föreskrifter som gäller för
1608 verksamheten, om de är lämpliga i övrigt att driva verksamheten och om verksamheten har
1609 ekonomiska förutsättningar.

1610 **A.4 Ledningssystem (4.3)**

1611 Olika ledningssystemstandarder ställer i många fall liknande krav på styrande och vägledande
1612 dokument vad gäller till exempel vision, mål, policy, affärsidé, processer, rutiner, fördelning av ansvar,
1613 arbetsuppgifter och befogenheter, regelbundna uppföljningar, samt förebyggande och korrigerande
1614 åtgärder.

1615 Detta underlättar gemensam hantering av systemen och möjliggör effektivisering genom att integrera
1616 ledningssystemen. Integrerade ledningssystem för kvalitet i vård och omsorg, samt arbetsmiljö och
1617 eventuellt miljö kan därför bygga på och dra nytta av gemensamma eller relaterade processer,
1618 dokument och rutiner. Styrande och vägledande dokument har en viktig roll som underlag vid
1619 kvalitetssäkring av vård och omsorgsverksamheten för äldre. De dokument som upprättas syftar till
1620 att säkerställa att vård och omsorgsverksamheten för äldre styrs, planeras, genomförs, utvärderas och
1621 följs upp. I detta dokument anges ett antal olika typer av dokumentation som säkerställer att utföraren
1622 kan verifiera att olika aspekter av vård och omsorgsverksamheten för äldre genomförs i enlighet med
1623 ställda krav.

1624 Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
1625 (SOSFS 2011:9) framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att identifiera,
1626 beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
1627 samt i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning.
1628 För varje aktivitet utarbetar vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt
1629 LSS de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

1630 Anmärkning: Se även SS-EN ISO 9001 för kvalitetsledning, SS-EN ISO 14001 för miljöledning, SS-EN ISO/IEC
1631 27001 för informationssäkerhet och SS-EN ISO 45001 för arbetsmiljö.

1632 **A.5 Systematiskt kvalitetsarbete (4.4)**

1633 För att säkerställa den äldres trygghet och säkerhet bedriver utföraren av vård och omsorgstjänster
1634 ett systematiskt kvalitetsarbete med tonvikt på förebyggande åtgärder där processer för kvalitet i vård,
1635 omsorg och arbetsmiljö är identifierade. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår också som en
1636 naturlig del i utförarens kvalitetsarbete.

Deltagande och engagemang från den högsta ledningen är av avgörande betydelse. När ledningen är engagerad och utbildad i kvalitetskrav och rekommendationer, förmedlar de kunskapen till sina arbetstagare och motiverar dem att delta. God kommunikation hjälper till att skapa en engagerad och stödjande atmosfär och har därigenom ett positivt inflytande på tillämpningen av detta dokument och fortsatt kvalitetsförbättring.

För att uppnå kvalitet i vård och omsorg av äldre personer krävs kunskap, kompetens och en positiv inställning till att utveckla vård- och omsorgstjänster.

I en evidensbaserad praktik används systematiskt flera kunskapskällor för val av insatser till den äldre. Kunskapskällorna är

- den bästa tillgängliga kunskapen (evidensen),
- den professionelles expertis,
- den äldres situation, erfarenheter och önskemål.

Resultat av riskanalys, egenkontroll, och avvikelserapporter sammanställs och analyseras övergripande. Analysen används som beslutsunderlag vid framtagandet av nya kvalitetsmål. Arbetet leder till att utföraren av vård och omsorgstjänster skapar ett lärande förhållningssätt och ett systematiskt förbättringsarbete. Detta står i SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Det systematiska kvalitetsarbetet avseende vård, omsorg beskrivs i en årlig kvalitetsberättelse som är tillgänglig för alla intressenter, där det framgår hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vård och omsorgsverksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående år, vilka åtgärder som vidtagits samt vilka resultat som uppnåtts.

Det systematiska arbetet med att säkerställa att den äldre ges möjlighet till en säker, tillgänglig, kunskapsbaserad och jämlik vård sammanfattas årligen i en patientsäkerhetsberättelse enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Syftet är att öppet och tydligt för alla intressenter redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att bland annat förhindra vårdskador, förbättra patientsäkerheten och att underlätta tillsyn.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår som en naturlig del i vård och omsorgsverksamheten för äldres kvalitetsarbete. Det omfattar alla fysiska, organisatoriska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön. Arbetstagarnas arbetsmiljö är av vikt för den äldre eftersom en god arbetsmiljö stärker arbetstagarnas möjlighet och engagemang att utföra sitt arbete på ett så bra sätt som möjligt för den äldre och närstående. Insatserna genomförs enligt upprättad plan/-er med beaktande av verksamhetens arbetsmiljö. En resurs i arbetsmiljöarbetet är tillgång till företagshälsovård eller motsvarande.

Arbetstagarnas kompetens och verksamhetens rutiner för hur händelser och avvikelser rapporteras är viktiga för att förebygga att missförhållanden uppstår. Rapportering är ett väsentligt underlag för det systematiska kvalitetsarbetet.

Inom vård och omsorgsverksamhet kan situationer och arbetsuppgifter ibland upplevas emotionellt påfrestande. Det är viktigt att dessa förhållanden tas upp och att arbetstagarna ges stöd och handledning så att situationen underlättas.

A.6 Organisation, ledning och resurser (5.1)

Viktiga faktorer för att skapa en god, trygg och säker vård och omsorg för den äldre är utförarens resurser i form av organisationsstruktur och ansvarsfördelning, värdegrund, arbetsmiljö, anställningsvillkor, arbetstagare vad gäller antal och kompetens, ekonomi, anläggningar, lokaler, infrastruktur, hjälpmedel och teknik som ligger till grund för vård och omsorgsverksamheten för äldre.

Gott ledarskap är avgörande för personcentrerad, säker och effektiv vård och omsorg. En väl fungerande vård och omsorg använder sina resurser effektivt och söker fortlöpande möjligheter att ge en hållbar och utvecklad service, för att uppnå optimala resultat för den äldre. Resursbeslut tar hänsyn till den äldres synpunkter och behov.

1685 Huvudsyftet med beslut och åtgärder som vidtas på andra nivåer i utförarens organisation är att göra
 1686 det möjligt för arbetstagarna som arbetar närmast den äldre att tillhandahålla en god och säker vård
 1687 och omsorg. Förutsättningarna för en personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet är att
 1688 utföraren har en organisation som är flexibel och verkar i multiprofessionella team och som involverar
 1689 den äldre.

1690 Rutiner dokumenteras och kommuniceras på ett strukturerat sätt till arbetstagarna. Rutiner ger
 1691 vägledning till arbetstagarna om hur de utför vård och omsorg på ett säkert och konsekvent sätt och
 1692 främjar kontinuitet i tillämpningen av olika insatser.

1693 **A.7 Värdegrund (5.2)**

1694 Inom vård och omsorg behövs ett gemensamt förhållningssätt baserat på en tydlig värdegrund, det
 1695 vill säga formulerade grundläggande värden för hur verksamheten och arbetstagarna värnar om den
 1696 äldres värdighet och välbefinnande. En nationell värdegrund har därför tagits fram för den äldres
 1697 vård och omsorg med syftet att den äldre kan leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.
 1698 Utförarens värdegrund är väsentlig för att stärka den äldres grundläggande rättigheter och
 1699 säkerställer

- 1700 • ett värdigt liv och som främjar välbefinnande,
- 1701 • att självkänsla och självförtroende stärks,
- 1702 • att privatliv och integritet respekteras,
- 1703 • att stöd ges för självbestämmande,
- 1704 • ett personcentrerat fokus,
- 1705 • att samtycke söks kontinuerligt,
- 1706 • personlig säkerhet och trygghet,
- 1707 • möjlighet till ett aktivt och meningsfullt socialt liv,
- 1708 • systematisk utveckling av vård och stöd för att möta förändrade behov.

1709 Anmärkning: Många yrkesgrupper har etiska koder som styr utförandet av yrket, till exempel sjuksköterskor,
 1710 fysioterapeuter, arbetsterapeuter och läkare.

1711 **A.8 Risker och riskhantering (6.1)**

1712 Riskhantering innebär identifiering, bedömning och prioritering av risker följt av samordnad
 1713 hantering av tillgängliga resurser för att förebygga, minimera, övervaka och kontrollera sannolikheten
 1714 av effekterna av oönskade händelser. En riskanalys kan göras lokalt på verksamhetsnivå eller på
 1715 övergripande organisatorisk nivå. Analys på lokal nivå avser ofta enhetens egna processer och
 1716 samverkan medan den övergripande omfattar större förändringar som påverkar flera enheter.

1717 Riskanalyser innebär att utföraren arbetar framåtblickande och förebyggande. Riskanalyser omfattar
 1718 utförarens samtliga delar. Analyser görs för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och
 1719 som gör att utföraren inte kan leva upp till krav och mål.

1720 Risker på individnivå kan identifieras med någon typ av riskbedömningsverktyg. Om möjligt används
 1721 ett specifikt verktyg. Ett riskbedömningsverktyg är ett verktyg som hjälper vårdpersonal att
 1722 identifiera individer med förhöjd risk för att utveckla vissa hälsoproblem, så att förebyggande insatser
 1723 kan sättas in i tid. Dessa verktyg bygger ofta på strukturerade observationer eller frågor, med syfte att
 1724 systematiskt bedöma risken för exempelvis fall, inkontinens, undernäring eller försämrad munhälsa.
 1725 För individuell riskbedömning av bland annat nutrition, inkontinens, munhälsa och fall används de
 1726 riskbedömningsverktyg som ingår i det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Se vidare bilaga C
 1727 (informativ) Exempel på riskbedömningsverktyg.

1728 Om detta inte är möjligt används något generellt bedömningsverktyg, till exempel Utredning av risker
 1729 – Handbok för metoden riskanalys, Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag).

1730 **A.9 Nödlägesberedskap (6.2)**

1731 En nödsituation eller en katastrof är en händelse som kan leda till skada på personer, på miljön eller
 1732 egendom. Även en risk för att en nödsituation eller katastrof kan uppstå utgör en fara. Exempel på
 1733 nödsituationer och katastrofer är olyckor genom avsiktlig eller oavsiktlig handling, extrema

1734 naturkrafter såsom översvämning, svår kyla, värmebölja, eller epidemier, pandemier eller
1735 förgiftningar som drabbar flera personer.

1736 Utföraren kan ställas inför generella risker som rör allmänna folkhälsofrågor såsom epidemiska eller
1737 pandemiska infektioner. Vid bedömning av risk för påverkan på kontinuiteten i vård och omsorg kan
1738 beredskapsplaner säkerställa adekvat vård och omsorg, till exempel i händelse av en
1739 omgivningsincident såsom brand eller extremväder.

1740 Risker på verksamhetsnivå kan till exempel vara personalförsörjning, organisationsförändringar,
1741 lokaler och fastigheter såsom strömavbrott, cyberattacker eller funktionsbortfall av teknik, till
1742 exempel larm. Riskbedömning av arbetsmiljörisker görs med stöd av checklistor.

1743 När infektionsutbrott inträffar sätts specifika vårdhygieniska åtgärder in för att minimera risken för
1744 smittspridning, till exempel ökad användning av personlig skyddsutrustning, kohortvård av smittade
1745 boende och begränsning av besök. Vid ett utbrott av infektioner som kan drabba äldre kan en
1746 vårdhygienisk handlingsplan hjälpa till att minska risken för smitta.

1747 Att hantera nödsituationer och katastrofer är ett kollektivt ansvar bland parter i samhället, såsom
1748 folkhälsa, räddningstjänst och lokala eller regionala hälso- och sjukvårdsorganisationer.

1749 **A.10 Planering av förändring (6.3)**

1750 När utföraren konstaterar ett behov av förändringar behöver de planeras på olika sätt beroende på
1751 omständigheterna. Omständigheterna kan vara planerade eller oplanerade, komplexa eller allvarliga.
1752 Förändringarna utförs på ett planerat sätt oavsett vilka omständigheterna är.

1753 Orsaker till att förändringsbehov uppstår är till exempel förändringar i utförarens förutsättningar,
1754 planerade förändringar som rör produkter, processer, tjänster, verksamheter, utrustning eller
1755 anläggningar samt förändringar i fråga om arbetstagare eller externa leverantörer, inklusive
1756 entreprenörer samt ändrade krav.

1757 Förändringsbehov kan identifieras eller upptäckas genom till exempel

- 1758 • analys av avvikelser från det väntade,
- 1759 • översyn av utförarens förutsättningar,
- 1760 • undersökning av intressenternas behov och förväntningar,
- 1761 • utredning av oplanerade händelser,
- 1762 • innovation,
- 1763 • revisionsresultat (intern eller extern revision).

1764 **A.11 Bemanning (7.1)**

1765 Vård och omsorgsverksamheten för äldre har tillräckligt med tillsvidare- och heltidsanställda
1766 arbetstagare av olika yrkeskategorier med adekvat utbildning och tillräcklig kompetens för att
1767 upprätthålla god kvalitet beträffande vård och omsorg samt för att tillgodose säkerhet, kontinuitet,
1768 aktivering, stimulans och en meningsfull vardag för den äldre.

1769 Utförarens bemanning är sådan att det finns arbetstagare under årets alla dagar som säkerställer att
1770 den äldre tillförsäkras nödvändig tillsyn och trygghet. Bemanningen står i relation till den äldres
1771 behov under dygnets olika tider. Detta innebär att scheman läggs så att det finns tillräcklig tid för
1772 muntlig och skriftlig överrapportering mellan arbetspassen. En avstämning mot
1773 genomförandeplaner, avvikelser från dessa och arbetstidsscheman visar om bemanningen har
1774 motsvarat behovet. På motsvarande sätt bemannas hemtjänsten under den tid på dygnet som
1775 framgår av avtalet, med motsvarande kompetens.

1776 Bemanningen beskrivs i en personalberättelse som innehåller en beskrivning av personalstrukturen
1777 och en redogörelse och uppföljning av det personalstrategiska arbetet. Den innehåller bland annat
1778 antal tillsvidareanställda och visstidsanställda, könsfördelning, åldersstruktur, personalomsättning,
1779 sjukfrånvaro samt personalstrategiskt arbete i form av att attrahera och utveckla kompetenta
1780 arbetstagare. Den kan skrivas in i verksamhetsberättelse eller motsvarande.

1781 **A.12 Kompetens (7.2)**

1782 Såväl verksamhetsledning som övriga arbetstagare behöver både generell och specifik kunskap om
1783 äldre och åldrande. Relevant och fördjupad kompetens ökar förutsättningarna för fortlöpande
1784 kvalitetsutveckling.

1785 Reflektion är ett verktyg i kontinuerlig kompetensutveckling och ett sätt att arbeta systematiskt i det
1786 dagliga arbetet.Handledning ger stöd vid hantering av svåra situationer och egna reaktioner som kan
1787 uppstå vid genomförandet av insatser.

1788 Vård och omsorgsverksamheten samlar alla kompetensfrågor i en strategisk plan för att säkerställa
1789 att kompetenssatsningar planeras, följs upp och analyseras tillsammans med andra kvalitetsdata. En
1790 övergripande sammanställning av medarbetarnas kompetens är ett nödvändigt underlag för en
1791 kompetensförsörjningsplan. Utföraren strävar efter att behålla och rekrytera de arbetstagare som
1792 behövs och med rätt kompetens. Att ta emot studerande är ett sätt att främja den framtida
1793 personalförsörjningen och möjliggöra forskningsprojekt och studier. Utföraren ansvarar för att
1794 utbildnings- och praktikplatser håller den kvalitet och inriktning som följer av examenskrav för
1795 respektive utbildning.

1796 **A.13 Informationshantering (7.3)**

1797 En stor del av dokumentationen rörande den äldre är sekretessbelagd för att skydda den äldres
1798 integritet.

1799 Dokumentation rörande den äldre hanteras säkert och i enlighet med sekretesslagstiftningen. Vid
1800 informationsöverföring beaktas sekretessen mellan olika huvudmän. Vid informationsöverföring
1801 mellan olika myndigheter inhämtas samtycke från den äldre. Arbetstagare har endast rätt att ta del av
1802 den information de behöver för att kunna utföra sitt arbete.

1803 Offentligt anställda får avslöja missförhållanden till media utan att riskera att deras identitet röjs
1804 genom det så kallade meddelarskyddet. Utvecklingen har under de senaste decennierna gått mot att
1805 allt fler offentligt finansierade verksamheter drivs i privat regi. Det har medfört ett ökat behov av
1806 stärkt skydd för privatanställda i dessa verksamheter för att tryggt kunna rapportera om
1807 förhållanden som det finns anledning att särskilt uppmärksamma.

1808 **A.14 Samverkan och informationsöverföring (7.4)**

1809 Den äldre och närstående kommer vanligen i kontakt med flera olika verksamheter hos kommun,
1810 region och privata aktörer. Om den äldre är i behov av både äldreomsorg och sjukvård kan denne
1811 komma i kontakt med flera olika aktörer inom kommun och region. Det kan vara
1812 biståndshandläggare, hemtjänst, sjukhuspersonal, husläkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter
1813 med flera. Valfungerande samverkan och korrekt informationsöverföring mellan alla aktörer, både
1814 inom vård och omsorgsverksamheten och med externa aktörer, säkrar kvaliteten i tjänsterna till den
1815 äldre.

1816 Den äldre kan ha sammansatta behov där insatserna kräver samverkan och samarbete mellan flera
1817 olika huvudmän eller aktörer i form av en samordnad individuell plan, som till exempel inför
1818 utskrivning från slutenvård för att säkerställa vård och omsorg, vid hemgång.

1819 Det övergripande ansvaret för äldre personer i behov av vård och omsorg vilar på regionen
1820 respektive kommunen. I lagstiftningen om hälso-och sjukvård och socialtjänst finns bestämmelser
1821 om krav på samverkan som är tillämpliga inom vården och omsorgen av äldre. Syftet med samverkan
1822 och planering är att tillgodose behovet av vård och omsorg hos dem, för vilka regionen och
1823 kommunen har en skyldighet att tillhandahålla vård där bland annat äldreomsorgen är ett område
1824 där behovet av samarbete är stort.

Detta har betydelse då regionen har en skyldighet att avsätta de läkarresurser som behövs till kommunerna inom regionen så att kommunerna kan fullgöra sina uppgifter inom hälso- och sjukvården, dvs. att tillhandahålla hälso- och sjukvård i särskilt boende för äldre och i vissa fall i hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende.

Regionen och kommunen samverkar även så att den som bor i särskilt boende för äldre eller får hemsjukvård från kommunen också ges tillgång till övrig vård och behandling, hjälpmedel och sådana förbrukningsartiklar som denne kan behöva p.g.a. allvarlig sjukdom eller efter behandling av en sådan sjukdom. Insatser för rehabilitering och rehabilitering är en del av hälso- och sjukvården och omfattas därför av kravet på samverkan.

En samordnad individuell plan, SIP, tydliggör

- vilka insatser som görs,
- vem som har ansvaret för insatserna,
- om det är kommunen eller regionen som har det övergripande ansvaret,
- hur planen följs upp,
- att samtycke från den äldre finns.

A.15 Information om vård- och omsorgstjänster (7.5)

När den äldre uppfattar att denne inte längre klarar av sin livsföring på samma sätt som förut utan behöver hjälp med insatser av olika slag påbörjas sökandet efter information.

Behov av stöd och hjälp kan initieras på flera sätt, exempelvis genom att den enskilde själv kontaktar kommunen, att en närstående meddelar oro eller att hälso- och sjukvårdens primär- eller slutenvård identifierar ett hjälpbehov hos den enskilde. Många insatser kräver biståndsbeslut. Det innebär att den äldre behöver ansöka om att få stöd och att en biståndshandläggare på kommunen utreder ansökan och fattar beslut om att den äldre har rätt till bistånd eller inte. Ingen verksamhet är oberoende av andra verksamheter. Den äldre behöver ha en mängd kontakter och det är troligt att vård och omsorgsverksamheten behöver stötta i den kontakten.

A.16 Tillgänglighet (7.6)

Tillgänglighet inom äldreomsorgen är en grundläggande princip för att säkerställa att alla äldre har lika möjligheter till vård, omsorg och socialt deltagande. Genom att integrera principer för tillgänglighet i verksamheten är det möjligt att skapa vård och omsorg som är både inkluderande och rättvis. I detta ingår att identifiera och åtgärda hinder för tillgänglighet.

Det är av stor betydelse för äldres hälsa och välbefinnande hur närmiljön är utformad. Tillgängligheten är ofta avgörande om den äldre kan klara sig själv eller behöver stöd från samhället. Det innebär till exempel att kunna ta sig in och ut ur sin bostad samt att kunna tillgodose sina dagliga behov i hemmet.

Rörlighet är ett väsentligt inslag i människors dagliga liv och aktivitet. Det är därför viktigt att skapa förutsättningar för äldre personer att kunna upprätthålla sin rörlighet och delaktighet.

Tillgängligheten till den fysiska miljön i vid bemärkelse är av betydelse för äldre personers villkor i samhället. Utformningen av den fysiska miljön till de äldres behov och förutsättningar minskar i många fall behovet av särlösningar.

Den äldres bostad, oavsett om den är i ordinärt boende eller i särskilt boende för äldre, fungerar både som bostad för den äldre och arbetsplats för arbetstagarna. En väl utformad boendemiljö stödjer och underlättar vardagen både för den äldre och arbetstagarnas utförande av vård och omsorg.

Tillgänglighet i den byggda miljön innebär att den äldre kan använda samma förflyttningsvägar, samma entré och orientera sig i den byggda miljön som andra samt kan ta del av aktiviteter. Det

1869 senare förutsätter god akustik och tekniska lösningar för äldre med funktionsvariationer, till exempel
1870 nedsatt hörsel eller syn.

1871 Det är angeläget att informera och samarbeta med den äldre och närstående i utformningen av
1872 boendemiljön i ordinärt boende så att både aspekter av välbefinnande, säkerhet och arbetsmiljö
1873 tillgodoses samt ergonomiska och vårdhygieniska aspekter beaktas.

1874 Boendemiljön påverkar den äldres välbefinnande och har både en fysisk, estetisk och psykosocial
1875 dimension. Miljöns funktionalitet och tillgänglighet beror på utformningen samt upplevelsen av att
1876 vistas där. Båda aspekterna bidrar till begriplighet, hanterbarhet, orienterbarhet, överblickbarhet och
1877 meningsfullhet. Boendemiljön påverkar även arbetstagarnas arbetssituation.

1878 Äldre med kognitiva funktionsnedsättningar kan ha försvårad rumsupplevelse och svårigheter att
1879 orientera sig. En tydlig och överskådlig miljö ger den äldre bättre möjligheter att orientera sig. Den
1880 kognitiva tillgängligheten kan påverkas genom att utföraren främjar utveckling av användarvänliga
1881 och intuitiva webbplatser och appar i den egna verksamheten.

1882 **A.17 Förebyggande och hälsofrämjande arbete (7.7)**

1883 Hälsofrämjande och riskförebyggande åtgärder kan förbättra livskvaliteten för den växande
1884 populationen av äldre personer, samtidigt som den ekonomiska bördan för hälso- och sjukvårds-
1885 respektive vård- och omsorgssystemet kan minska. Hälsofrämjande insatser fokuserar på att hålla
1886 människor friska. Hälsofrämjande åtgärder innebär att möjliggöra och uppmuntra den äldre att öka
1887 kontrollen över sin hälsa. Hälsofrämjande behandlar vanligtvis beteendemässiga riskfaktorer som
1888 tobaksbruk, fetma, kost och fysisk inaktivitet, liksom psykisk hälsa, förebyggande av skador,
1889 drogmissbruk, alkoholbruk samt hälsobeteende relaterat till HIV och sexuell hälsa.

1890 Hälsofrämjande och förebyggande metoder inom vård och omsorg kan innebära flera fördelar. Det
1891 kan ge den äldre ett bra och självständigt liv under längre tid. Många olyckor, såsom fallolyckor, kan
1892 undvikas. God och näringsriktig mat, fysisk aktivitet och starka sociala nätverk kan bidra till att
1893 förebygga kroniska och andra sjukdomar. Hälsokonsultation och -kontroll, rådgivning, och säkrare
1894 medicinering är andra sätt att förebygga hälsorisker bland äldre personer.

1895 En viktig del av det förebyggande arbetet är uppsökande verksamhet. Många verksamheter erbjuder
1896 hembesök till äldre personer, som lever i ordinärt boende utan hemtjänst eller hemsjukvård.
1897 Åldersgränsen varierar från 75 år till 85 år och äldre. Insatsen syftar till att bibehålla självständighet
1898 och hälsa samt att minska graden av sjuklighet och vårdberoende hos äldre.

1899 Tillhandahållaren av tjänsterna på ett särskilt boende för äldre överväger med perspektivet
1900 hälsofrämjande och välbefinnande

- 1901 • hur äldreboendet är utformat och underhålls,
- 1902 • hur äldreboendet presenteras i form av arkitektur, färger och tapeter på väggar och färger på
- 1903 golv, belysning, möbler och inredning, målningar och dekorationer etcetera,
- 1904 • den psykosociala atmosfären i hemmet, inklusive arbetstagarna attityder till och relationer till
- 1905 den äldre och dennes närstående,
- 1906 • presentation av och innehåll i måltider, sociala och fysiska aktiviteter.

1907 **A.18 Aktiviteter och sociala insatser (7.8)**

1908 Aktiviteter omfattar fysisk, sensorisk, kognitiv och kommunikativ stimulering. Forskningen visar att
1909 aktivitet är avgörande för individens livskvalitet. Med anledning av detta är det angeläget för den
1910 äldre att bibehålla de förmågor som finns, och att arbetstagare inom hemtjänst och särskilt boende
1911 arbetar utifrån ett funktionsbevarande förhållningssätt. Den äldre inbjuds till dialog om sin
1912 livssituation och de aktiviteter som denne tycker är meningsfulla samt ges möjlighet till valfrihet och
1913 självbestämmande.

A.19 Hållbarhetsarbete (7.9)

Hållbarhetsarbete inom äldreomsorg är en viktig aspekt för att säkerställa en god livskvalitet för äldre och samtidigt värna om miljön och de resurser som används. Genom att integrera hållbarhetsprinciper inom äldreomsorgen blir det möjligt att skapa en mer förändringsbenägen och långsiktig vårdmodell.

Ekologisk hållbarhet inom äldreomsorg handlar om att minimera miljöpåverkan och använda resurser på ett ansvarsfullt sätt. Detta kan uppnås genom exempelvis följande åtgärder:

- a) En effektiv användning av energi och vatten: äldreboenden kan installera energisnåla belysningssystem, solpaneler och vattenbesparande kranar. Genom att regelbundet övervaka och optimera energiförbrukningen är det möjligt att minska koldioxidutsläppen och sänka driftskostnaderna.
- b) Vålfungerande avfallshanteringssystem: återvinning och kompostering kan integreras i äldreboenden för att minska mängden avfall som går till deponi. Genom att utbilda arbetstagare och boende om källsortering ökar medvetenheten och engagemanget för miljöfrågor.
- c) Inköp av hållbara produkter och tjänster: välja miljömärkta produkter som är tillverkade av återvunna material eller är energieffektiva. Äldreboenden kan också samarbeta med lokala leverantörer för att främja lokala ekonomier och minska transportutsläpp.
- d) Implementera effektiva vårdmetoder och optimera arbetstagarresurser: detta inkluderar även att minimera medicinavfall och använda teknologiska lösningar för att förbättra vårdprocesser.
- e) Utbilda arbetstagare inom hållbarhetsprinciper och vårdmetoder: genom kontinuerlig kompetensutveckling kan arbetstagarna bättre tillgodose boendes behov och bidra till en hållbar vårdmodell.

A.20 Rengöring och städning (7.10)

När lokaler upplevs som rena bidrar det till ett positivt helhetsintryck och medverkar till god vård och arbetsmiljö. Städning minskar slitage på lokaler och inventarier och kan minska olika föroreningar som kan påverka luftkvaliteten. Städning minskar mängden smuts och mikroorganismer i miljön.

Att ha effektiva rengörings- och städåtgärder bidrar till kvalitet och säkerhet för den äldre, arbetstagare och besökare. Städfrekvensen bestäms utifrån vilken vård som bedrivs, nedsmutsningsgrad och lokala anvisningar. Den regelbundna städningen kan kräva komplettering med desinfektionsmedel. Städfrekvensen höjs vid infektionsutbrott.

Vid städning i hemmet i ordinärt boende beslutas omfattningen av biståndshandläggare utifrån behov.

Anmärkning: SS 8760014 innehåller krav och rekommendationer för rengöring och städning.

A.21 Vårdhygien (7.11)

Vårdhygien handlar om att förebygga att vårdrelaterade infektioner uppstår och sprids inom vården och omsorgen. Därmed är det också en viktig del i arbetet mot antibiotikaresistens. Det vårdhygieniska arbetet innefattar basala hygienrutiner, förrådshållning, desinfektion och rengöring av medicintekniska produkter, ytor, hjälpmedel.

Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg.

För basala hygienrutiner används till exempel bedömningsverktyget *Nationell punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler för regioner och kommuner* (PPM-BHK)

1956 För vårdrelaterade infektioner används till exempel bedömningsverktyget *Healthcare- associated*
 1957 *infections and antimicrobial use in long-term care facilities* (HALT) som är ett verktyg för att samla
 1958 data gällande vårdrelaterade infektioner och förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och
 1959 antibiotikaanvändning. Svenska HALT genomförs i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten,
 1960 kvalitetsregistret Senior alert och Nationella Strama.

1961 **A.22 Läkemedelshantering (7.12)**

1962 Läkemedelshanteringen omfattar ordination, rekvisition, förvaring, expediering, iordningställande,
 1963 överlämnande och administrering av läkemedel.

1964 Läkemedel förvaras i låst utrymme, oåtkomligt för obehöriga. Personer som arbetar eller vistas i
 1965 läkemedelsrum bär klädsel enligt vårdhygieniska regler samt annan lämplig skyddsklädsel.

1966 Läkemedel är riskavfall och hanteringen av kasserade läkemedel omgärdas av regler för att vara
 1967 säker och minimera miljöpåverkan.

1968 Delegering av iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel kan göras av
 1969 sjuksköterskor, läkare och tandläkare med reell och formell kompetens. Hälso- och sjukvårdspersonal
 1970 kan endast delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med en god och säker vård
 1971 av patienten. Delegeringar kan inte utfärdas slentrianmässigt för att lösa brist på arbetstagare eller
 1972 av ekonomiska skäl och delegeringen kan när som helst återkallas om uppgiftsmottagaren inte utför
 1973 arbetsuppgifterna på ett säkert sätt.

1974 **A.23 Förbereda insatser (8.1.1)**

1975 När ett beslut har fattats och insatser beviljats för den äldre, skickas en beställning till utföraren av
 1976 biståndet. Beställningen tydliggör uppdraget och den äldres insatser. Utföraren planerar uppdraget i
 1977 samråd med den äldre. Beslut och beställning inkommer eller görs tillgängliga i utförarens
 1978 dokumentationssystem. Alternativt görs en informationsöverföring på plats. Föreståndare utser och
 1979 informerar den arbetstagare som kommer att planera insatserna i samråd med den äldre. Uppdraget
 1980 planeras och dokumenteras av utsedda arbetstagare i verksamheten.

1981 Utgångspunkten för att insatser till den äldre genomförs på bästa sätt är den äldres behov och
 1982 delaktighet samt ett personcentrerat förhållningssätt. I ett teambaserat arbetssätt samarbetar
 1983 arbetstagare med olika kompletterande kompetenser för att nå bästa resultat utifrån den äldres
 1984 önskemål och behov.

1985 Personcentrerad vård och omsorg är effektiv då insatserna därigenom anpassas så att de stöder den
 1986 äldres självständighet, delaktighet, aktivitet och möjlighet till gott liv. En kontinuerlig dialog mellan
 1987 vård och omsorgsverksamheten och biståndshandläggaren är nödvändig för att fortlöpande anpassa
 1988 nivån på insatsen till den äldre. Vid pågående insatser ansvarar utföraren för att informera
 1989 beställaren och biståndshandläggaren om förändringar i den äldres vårdbehov eller andra viktiga
 1990 förändringar i den äldres situation, som kan föranleda behov av ändrade insatser.

1991 **A.24 Dokumentation av insatser (8.1.2)**

1992 Den äldres insatser dokumenteras så att utförandet av vård och omsorg kan ske säkert med en god
 1993 kontinuitet och kvalitet. Dokumentation kan ske i system separat med en personakt och en
 1994 patientjournal eller i en sammanhållen dokumentation. Beviljade insatser dokumenteras i en
 1995 personakt. Hälсотillstånd och hälsohistoria dokumenteras i en patientjournal. En samordnad
 1996 individuell plan, SIP, upprättas och genomförs när den äldre har behov av insatser där både kommun
 1997 och region är involverade som huvudmän eller vårdgivare.

1998 Respekt för den äldres integritet är en grundläggande princip i hanteringen av dokumentation och
 1999 journalföring, särskilt när det gäller personlig eller känslig information. Denna respekt är avgörande

- 2000 för att upprätthålla förtroende, säkerställa etiska processer och följa lagstadgade krav. Information
2001 som samlas in om den äldre såsom hälsouppgifter eller personliga data, hanteras med största möjliga
2002 omsorg. Detta inkluderar att endast samla in information som är absolut nödvändig för ändamålet
2003 och säkerställa att den lagras säkert för att förhindra obehörig åtkomst. Den äldre informeras om
2004 vilken typ av information som samlas in, hur den används, och vem som har tillgång till den.
2005 Samtycke inhämtas innan känsliga data dokumenteras eller delas.
- 2006 Dokumentation av insatser för den äldre är ett nödvändigt underlag vid utförarens planering,
2007 uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och förbättringsarbete.
- 2008 Den äldres personakt innehåller en journal samt upprättade och inkomna handlingar av betydelse för
2009 genomförande eller uppföljning av insatser. Journalanteckningar och andra handlingar som hör till
2010 den äldres personakt hålls ordnade så att det enkelt går att följa och granska handläggningen av
2011 ärenden, åtgärder som vidtas i samband med verkställighet av beslut samt genomförande och
2012 uppföljning av insatser.
- 2013 Patientjournalen är ett arbetsredskap som är tillgänglig för alla som har ansvar för de olika delarna
2014 av vården samt för den äldre själv. Informationen i journalen är tillförlitlig och lätt att förstå. Den
2015 äldre görs så långt det är möjligt delaktig i planeringen av vård- och behandlingsåtgärder.
- 2016 En väl förd patientjournal utgör dessutom grunden till utvärdering och uppföljning och kan
2017 därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten. Här är det angeläget att använda
2018 standardiserade termer och begrepp som möjliggör systematiska utdata. Informationshanteringen
2019 inom hälso- och sjukvård organiseras så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt
2020 främjar kostnadseffektivitet.
- 2021 Genomförandeplanen beskriver på vilket sätt den äldre önskar få sitt biståndsbeslut utfört och är en
2022 överenskommelse mellan den äldre eller dennes legala företrädare och utföraren. Av
2023 genomförandeplanen framgår med vad, när och hur den enskilde behöver hjälp, vad den äldre kan
2024 göra själv samt individuella önskemål och intressen.
- 2025 En standardiserad vårdplan kan användas för upprättande av individuella vårdplaner. Den
2026 standardiserade vårdplanen ger stöd för kunskapsbaserat arbete, för planering av aktiviteter och
2027 resurser och för en effektiv processorienterad dokumentation som underlättar registrering och
2028 datainsamling för uppföljning.
- 2029 En samordnad individuell plan, SIP, upprättas när någon av huvudmännen eller vårdgivarna bedömer
2030 att det behövs för att tillgodose den äldres behov under förutsättning att den äldre samtycker till
2031 planen. Den äldre och närstående kan även föreslå att en plan upprättas.

2032 **A 25 Kommunikation (8.2.1)**

- 2033 Den äldres möjlighet till en fungerande kommunikation är en förutsättning för delaktighet,
2034 självbestämmande och social gemenskap. Med en fungerande kommunikation avses den äldres
2035 förmåga att förstå och tolka det som sägs och görs, att kunna uttrycka grundläggande behov,
2036 önskemål och känslor, be om och få uppmärksamhet, samspela med andra och delta i meningsfulla
2037 samtal. Faktorer som kan påverka tal-, språk och kommunikationsförmågan är bland annat
2038 neurologiska sjukdomar, stroke eller kognitiva sjukdomar, hörselnedsättning samt social inaktivitet.
2039 När den äldre har nedsatt förmåga till kommunikation med omgivningen behövs aktiva insatser för
2040 att möjliggöra denna. Detta gäller även äldre som kommunicerar med teckenspråk eller genom
2041 ickeverbal kommunikation

2042 **A.26 Bemötande och integritet (8.2.2.1)**

2043 Vård och omsorg för den äldre utgår från en helhetssyn med hänsyn till hela människan utifrån
 2044 fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov där alla delar är lika viktiga. Den äldre har rätt till ett
 2045 privatliv där kroppslig integritet, självbestämmande och delaktighet respekteras. Den äldre ges
 2046 möjlighet att behålla värdighet och livskvalitet genom en överblickbar, tillgänglig och bekväm miljö
 2047 med stimulans för att kunna utnyttja sin fysiska, intellektuella, emotionella och sociala förmåga.

2048 Arbetstagarna visar respekt, förståelse och acceptans inför den äldres funktionsnedsättningar, vilket
 2049 bidrar till att stärka dennes självkänsla och självförtroende. Värderingar och förhållningssätt är
 2050 förankrade inom vård och omsorgsverksamheten, arbetstagarna har kunskap och tillgång till
 2051 arbetsmetoder för att arbeta personcentrerat.

2052 Att vara skör innebär att den äldre kan ha en nedsatt kognitiv funktion, vara multisjuk, ha flera
 2053 läkemedel eller vara i behov av palliativ vård. Utöver den komplicerade fysiska situationen beaktas
 2054 även den psykosociala situationen, så att trygghet i vardagen med möjlighet till individuella rutiner
 2055 och social samvaro möjliggörs. Multisjuka äldre har ett stort behov av personcentrerad vård med
 2056 samordnad och kontinuerlig omvårdnad och rehabilitering där självkänslan och livslusten stimuleras
 2057 och stärks.

2058 Den äldre erbjuds en verksamhet där årstider, helger, helgdagar och traditioner uppmärksammas och
 2059 firas. Andlighet och existentialism handlar om de stora livsfrågorna och är en del av personcentrerad
 2060 vård.

2061 För arbetstagarna är det viktigt att kunna ge stöd. Detta kan göras bland annat genom att vara lyhörd,
 2062 erbjuda stöd och samtal samt att vara närvarande i mötet med den äldre. Det handlar även om att ge
 2063 stöd till närstående i form av information och möjlighet till samtal.

2064 **A.27 Trygghet och säkerhet (8.2.2.2)**

2065 Den äldre har rätt att känna sig trygg i alla avseenden. Den äldres upplevelse av trygghet är
 2066 individuell och kan handla om allt från att förebygga våldssituationer, fallprevention och säker
 2067 läkemedelshantering till att det är enkelt att vid behov komma i kontakt med arbetstagare med
 2068 verksamhetsansvar. Enligt svensk lagstiftning, och särskilt socialtjänstlagen (SoL), har äldre rätt till
 2069 självbestämmande och integritet. Skyddsåtgärder förutsätts stå i proportion till den risk eller det hot
 2070 de är avsedda att hantera och att de inte är mer begränsande än vad som är nödvändigt för att uppnå
 2071 syftet.

2072 Risken för övergrepp kan påverka den äldres fysiska och psykiska säkerhet. Övergrepp och
 2073 försummelser kan vara fysiska, verbala, känslomässiga, sexuella eller ekonomiska. Övergrepp kan
 2074 inträffa mellan de äldre på ett boende, mellan den äldre och närstående och mellan den äldre och
 2075 arbetstagare. Om den äldre visar tecken på oro, otrygghet eller framför klagomål kan detta indikera
 2076 brister i den äldres säkerhet eller risk för missförhållanden. Sådana observationer kan utgöra
 2077 grunden för rapportering och åtgärder enligt gällande rutiner.

2078 Fast omsorgskontakt är en person som arbetar i hemtjänst och som är utsedd att ha ett särskilt
 2079 ansvar för den som har hemtjänst. Enligt socialtjänstlagen (SoL) erbjuds alla som har insatser från
 2080 hemtjänsten en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt. Målen för den
 2081 fasta omsorgskontaktens arbete är att tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet,
 2082 individanpassning och samordning. Äldre kan känna sig otrygga och uppleva att de inte vet vilka
 2083 personer som kommer till dem oavsett om det gäller ordinärt eller särskilt boende.

2084 Viss typ av brottslighet riktar in sig mot äldre just på grund av deras särskilda sårbarhet med
 2085 exempelvis dålig syn och hörsel, att de har svårt att gå, kognitiva sjukdomar och kanske har ett stort
 2086 hjälpbehov. Samtidigt som arbetstagarna har en unik möjlighet att upptäcka brott mot äldre har den

- 2087 samma möjlighet att själva begå brottsliga handlingar mot den äldre, som ofta befinner sig i en
2088 beroendeställning.
- 2089 Arbetsgivaren har enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) ett ansvar att säkerställa att personal har
2090 rätt kompetens och behörighet. I praktiken innebär det att kontroll av legitimation hos
2091 Socialstyrelsen görs, men detta är en etablerad tillämpning – inte ett uttryckligt lagkrav i den formen.
- 2092 Kontroll av tillsynsärenden hos IVO är inte reglerad i lag, utan betraktas som god praxis och hanteras
2093 ofta genom interna rutiner.
- 2094 Kravet på löpande uppföljning av personalens kompetens har stöd i lag genom
2095 patientsäkerhetsarbetet, men lagen anger inte specifikt att legitimation eller IVO-uppgifter ska
2096 kontrolleras löpande.
- 2097 Löpande kontroller under anställningstiden är ännu inte praxis. Kontroll av polisens
2098 belastningsregister är frivilligt vid anställning inom vård och omsorg för äldre, men arbetsgivaren
2099 kan begära att en arbetssökande eller en arbetstagare själv hämtar in ett utdrag ur
2100 belastningsregistret.
- 2101 Trygghetsskapande teknik kan ge den äldre möjlighet att se vem som kommer för att utföra insatser,
2102 vilken insats som ska utföras samt när den ges.
2103 Ett exempel på sådan teknik är digitala skärmar som visar den äldre planerade insatser under dagen,
2104 inklusive tidpunkt och vem som utför dem.
- 2105 Omsorgskontakten kan bidra till att insatser från både hemtjänst och hälso- och sjukvård är
2106 samordnade. Då många på särskilda boenden har ett omfattande behov av både omsorg och sjukvård
2107 är det lämpligt att vidga tillämpningsområdet till att omfatta särskilt boende. Bara den som har titeln
2108 undersköterska kan vara fast omsorgskontakt.
- 2109 **A.28 Genusperspektiv (8.2.2.3)**
- 2110 Genus avser socialt och kulturellt konstruerade normer, värderingar och förväntningar men också
2111 attityder och beteenden relaterade till vad som anses vara maskulint eller feminint. Genom ett
2112 normkritiskt förhållningssätt kan vården bli mer jämlik, anpassad och inkluderande. Detta kräver
2113 utbildning, medvetenhet och ett kontinuerligt arbete med att anpassa vården efter den äldre unika
2114 förutsättningar och behov.
- 2115 Genusperspektiv inom äldreomsorg är avgörande för att säkerställa rättvis och jämlik vård och
2116 omsorg för de äldre. Att integrera ett genusperspektiv innebär att förstå och ta hänsyn till hur kön
2117 och genus påverkar den äldre hälsa, livserfarenheter och sociala roller. Genom att förstå och beakta
2118 de specifika behov och utmaningar kopplade till kön och genus kan vården bli mer anpassad och
2119 inkluderande.
- 2120 För att tillgodose könsspecifika behov är det viktigt att identifiera och förstå de könsspecifika behov
2121 som kan finnas hos äldre män och kvinnor. Exempelvis kan äldre kvinnor ha andra vårdbehov än män
2122 på grund av skillnader i hälsa, livserfarenheter och sociala roller.
- 2123 För att främja ett genusperspektiv är det nödvändigt att utbilda arbetstagarna i genusfrågor. Genom
2124 ökad medvetenhet och kunskap om könsroller och genusrelaterade behov kan vården bli mer
2125 inkluderande och anpassad.
- 2126 Genom att tillämpa ett genusperspektiv i personcentrerad vård är det möjligt att möta varje individs
2127 unika behov. Det innebär att inte bara se till de medicinska behoven utan också att förstå hur kön och
2128 genus kan påverka en persons livskvalitet och välbefinnande.

2129 Att erbjuda aktiviteter och social interaktion som är genusmedvetna kan stärka känslan av identitet
 2130 och tillhörighet hos de äldre. Detta kan inkludera både traditionellt manliga och kvinnliga intressen
 2131 samt deltagande i olika sociala grupper och nätverk.

2132 **A.29 Hälso- och sjukvård (8.2.3.1)**

2133 Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende är ett gemensamt ansvar för kommun och
 2134 region. Det är regionen som avsätter nödvändiga läkarresurser så att kommunen kan fullgöra sina
 2135 åtaganden. I ordinärt boende har kommunen ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser om det finns
 2136 kommunal hemsjukvård. I annat fall är det regionen som ansvarar för basal hemsjukvård. För de
 2137 äldre som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre ansvarar Socialnämnden
 2138 för hälso- och sjukvård. Denna hälso- och sjukvård inbegriper insatser av legitimerad personal.
 2139 Sjuksköterskan leder och ansvarar för omvårdnadsarbetet i hälso- och sjukvården, fastställer
 2140 omvårdnadsdiagnoser och genomför omvårdnadsåtgärder och åtgärder ordinerade av annan
 2141 profession såsom läkare. Arbetsterapeuten arbetar för att förebygga, lösa och mildra de
 2142 begränsningar som den äldre kan ha beroende på en sjukdom eller skada, provar ut och skriver ut
 2143 tekniska hjälpmedel, exempelvis rullstol eller stöd för ledvärk. Fysioterapeuten arbetar förebyggande
 2144 genom rehabilitering, träning och anpassad fysisk aktivitet med enskilda individer eller i grupp, för
 2145 att möjliggöra att den äldre utvecklar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga.
 2146 Arbetsterapeuten, fysioterapeuten och sjuksköterskan arbetar också med att handleda och utbilda
 2147 övriga arbetstagare och närstående.

2148 Den äldres hälsotillstånd följs fortlöpande för att så tidigt som möjligt upptäcka behov som medför
 2149 åtgärder i form av medicinska bedömningar och åtgärder. Tillgång till adekvata och tillräckliga
 2150 läkarresurser är en nödvändig del av vård och omsorgsverksamheten för äldre. Läkarens bedömning,
 2151 diagnos samt åtgärder och ordination är en integrerad del av vård och omsorgsverksamheten och
 2152 stödjer dess förmåga att tillgodose den äldres behov.

2153 Behovet av läkare kan skilja sig åt beroende på den äldres medicinska behov. En kontinuerlig dialog
 2154 behöver därför föras mellan utföraren och läkaren för att ge den äldre bästa möjliga hälso- och
 2155 sjukvård. Ett bra medicinskt omhändertagande bygger på god gerontologisk, geriatrisk och i
 2156 förekommande fall äldrepsykiatrisk kompetens samt kunskap om den äldre och dennes önskemål
 2157 rörande vård och omsorg.

2158 De legitimerade yrkesgrupper som ingår i socialnämndens ansvar är arbetsterapeut, fysioterapeut
 2159 och sjuksköterska. Den äldres hälsotillstånd följs fortlöpande av arbetsterapeut, fysioterapeut och
 2160 sjuksköterska vilkas kliniska bedömningar hjälper den äldre att hantera sin hälsa eller sjukdom.

2161 En god kontinuitet och god kommunikation mellan olika yrkesgrupper och den äldre säkrar dennes
 2162 delaktighet i medicinska beslut och åtgärder och därmed vård och omsorgsverksamhetens kvalitet.

2163 För optimalt omhändertagande av den äldre i hemsjukvård och särskilt boende för äldre är det viktigt
 2164 att vård och omsorgsinsatser samordnas med medicinska insatser för att åstadkomma högsta möjliga
 2165 kvalitet. Samarbete och tydlig uppgiftsfördelning mellan utföraren, kommun och region, där den
 2166 äldres behov står i centrum, är avgörande.

2167 **A.30 Läkemedel (8.2.3.2)**

2168 Läkemedelsanvändningen bland äldre personer är ett viktigt område. Känsligheten för läkemedel
 2169 ökar till följd av både åldrande och sjukdom, och det är vanligt att äldre använder många läkemedel.
 2170 Detta medför bland annat en ökad risk för biverkningar och att läkemedlen kan påverka varandra på
 2171 ett ogynnsamt sätt.

2172 Om den äldre personens känslighet för läkemedel uppmärksammas kan det bidra till att minska både
 2173 den äldres lidande och samhällets kostnader. Om egenvård inte är möjlig fattas ett hälso- och
 2174 sjukvårdsbeslut om att överta ansvaret för den äldres läkemedelshantering.

2175 **A.31 Syn och hörsel (8.2.3.3)**

2176 Syn- eller hörselnedsättning kan medföra praktiska svårigheter och psykologiska påfrestningar för
 2177 den äldre. Svårigheter med färdigheter som tidigare varit självklara skapar otrygghet och påverkar
 2178 den äldres självkänsla samt möjlighet till kommunikation och social gemenskap. En anpassad och
 2179 tillgänglig miljö vid syn- eller hörselnedsättning med fungerande tekniska hjälpmedel ökar den
 2180 äldres trygghet och välbefinnande. Av det skälet är det bra att arbetstagarna inhämtar uppgifter om
 2181 den äldres hörselsituation både i ordinärt boende och i samband med att den äldre flyttar till ett
 2182 särskilt boende för äldre. Regelbundna syn- och hörselkontroller för tidig upptäckt av nedsättning
 2183 och åtgärder för detta minskar risken för social isolering och depression.

2184 **A.32 Mat, måltid och nutrition (8.2.3.4)**

2185 Mat och dryck är en viktig del i bevarandet av en god hälsa, förebyggande av undernäring och vid
 2186 behandling av sjukdom. Att kunna äta själv är en fråga om oberoende, välbefinnande och delaktighet.

2187 Måltiden är ett tillfälle då nutritionsrelaterade problem kan upptäckas och åtgärdas i ett tidigt skede.
 2188 I verksamheter där vård- och omsorgsarbete kombineras med livsmedelshantering är det extra
 2189 viktigt med hygien.

2190 Den som serverar mat åt andra ansvarar enligt livsmedelslagen för att maten är säker och för att ge
 2191 korrekt information till den som äter. Ansvaret för att kraven i livsmedelslagstiftningen följs ligger
 2192 hos utföraren som kan vara privat eller offentlig. Denne har ansvar för att maten är säker oavsett om
 2193 den tillagas av arbetstagarna eller levereras från en annan verksamhet.

2194 Vid stigande ålder försämras immunförsvaret och många äldre är därför extra känsliga för
 2195 matförgiftning. Det kräver särskild noggrannhet av den som lagar och hanterar mat. Det viktigaste är
 2196 att se till att maten inte förorenas med virus och bakterier och att den håller rätt temperatur vid
 2197 tillagning och förvaring.

2198 Det är viktigt att arbetstagarna har kunskap om livsmedelssäkerhet och det finns rutiner för hur faror
 2199 förebyggs, hanteras, och åtgärdas. Det gäller även då de äldre hjälper till med mat- och
 2200 måltidsförberedelser. Det behövs särskilda rutiner för att säkerställa att äldre med allergi och
 2201 överkänslighet inte blir sjuka av maten.

2202 Mottagning av maten till boendet, hemtjänstkontoret eller den enskildes bostad är ofta ett
 2203 överlämnande av ansvar från produktionskök till mottagaren. Av rutinerna framgår bland annat vid
 2204 vilka tids- och temperaturgränser maten reklameras. Serveras mat till den äldre på andra tider än
 2205 ordinarie kräver det rutiner som säkerställer kvaliteten, till exempel plats i kylskåp, tid och
 2206 temperaturkontroll samt återuppvärmningstider.

2207 Den äldre erbjuds individanpassad mat och måltid med en möjlighet att få den mat och dryck denne
 2208 tycker om och är van vid.

2209 Nutritionsbehandling omfattar utredning och behandling utifrån kroppsvikt, fysisk funktion, energi-,
 2210 närings och vätskebehov samt intag av vätska, energi och näring.

2211 Oavsett om maten är avsedd för någon med allergi eller inte, ansvarar den som tillhandahåller
 2212 måltiden för att känna till och kunna informera om vilka av de vanligaste allergena ingredienser som
 2213 ingår i maten. För livsmedel som inte är förpackade, exempelvis en måltid på ett äldreboende, räcker
 2214 det att muntligt kunna informera om maträttens namn och eventuella allergena ingredienser i
 2215 maträtten.

2216 Måltidsmiljön har stor betydelse för aptiten och därmed näringsintaget och det är viktigt att maten
 2217 serveras på ett trevligt och tilltalande sätt. Måltiderna har även en roll som källa till sociala kontakter
 2218 och gemenskap.

2219 Den äldre kan av olika skäl ha ät- och sväljsvårigheter dvs. svårigheter att föra mat till munnen, tugga
 2220 och svälja. Den äldre kan uppleva social isolering på grund av svårigheter vid måltidssituationen.
 2221 Smärttillstånd i munhålan kan orsaka ätsvårigheter. Om den äldre inte fullt ut klarar att äta
 2222 självständigt finns metoder för att ge måltidsstöd, det vill säga individuellt utformat stöd för det egna
 2223 ätandet.

2224 Att uppmärksamma högtider och årstidsskiftningar genom att anpassa mat och måltider gör det
 2225 möjligt att skapa en trivsam och meningsfull miljö för de äldre. Detta bidrar till att höja stämningen
 2226 och skapa en känsla av gemenskap och tradition.

2227 Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan
 2228 kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg. För näringsstatus eller nutrition används till
 2229 exempel bedömningsverktyget *Mini Nutritional Assessment* (MNA) som ingår i det nationella
 2230 kvalitetsregistret *Senior alert*. I *Senior alert* anges även möjligheten att använda riskkriterierna 1)
 2231 ofrivillig viktminskning, 2) lågt *Body Mass Index* (BMI), 3) förekomst av ätproblem, *Minimal Eating*
 2232 *Observation and Nutrition Form*, version II (MEONF-II) täcker in dessa tre kriterier.

2233 **A.33 Mun- och tandhälsa (8.2.3.5)**

2234 En förutsättning för allmänt välbefinnande är att behålla en god munhälsa och att kunna äta, tugga,
 2235 tala och vara smärtfri i munhålan.

2236 Mun- och tandhälsan kan vara eftersatt vid funktionsnedsättning eller en längre tids sjukdom. Det
 2237 kan och leda till muntorrhet, skador på slemhinnor och tänder eller tandlossning. En god munhälsa
 2238 påverkar livskvalitet och den sociala situationen. Det finns ett samband mellan munhälsa och
 2239 allmänhälsa. Det är viktigt att adekvata hjälpmedel för mun- och tandhälsa finns tillgängliga. Målet är
 2240 att behålla en god munhälsa livet ut.

2241 Vanliga förändringar i munhålan är att salivmängd och muskelaktivitet minskar vilket medför att den
 2242 självrengörande förmågan av munhålan och tänderna minskar. Detta kan innebära svårigheter att äta,
 2243 prata och svälja samt ökad risk för att kariesskador och tandlossning uppstår.

2244 Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan
 2245 kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg. För munhälsa används till exempel
 2246 bedömningsverktyget *Revised Oral Assessment Guide* (ROAG) som ingår i det nationella
 2247 kvalitetsregistret *Senior alert*. För sväljbedömning används till exempel bedömningsverktyget
 2248 *Standardized Swallowing Assessment* på svenska, SSA-S som ingår i det nationella kvalitetsregistret
 2249 *Senior alert*.

2250 **A.34 Urinblås- och tarmfunktion (8.2.3.6)**

2251 Stöd och hjälp vid toalettbehov ges utifrån ett förebyggande perspektiv med syfte att den äldre kan
 2252 förbli kontinent. Inkontinens innebär en oförmåga att kontrollera urin eller avföring. Besvären kan
 2253 öka med stigande ålder och debutera ihop med annan sjukdom. Kontroll över blås- och tarmtömning
 2254 är en fråga om värdighet. Det kan inkräkta på den äldres integritet att vara beroende av hjälp med att
 2255 sköta sina toalettbehov. Grunden för all hjälp är att den genomförs utifrån den äldres behov och
 2256 önskemål genom att stöd och hjälp ges med respekt. Detta kräver god planering och tillräcklig tid.
 2257 Stöd och hjälp vid toalettbehov ges utifrån ett förebyggande perspektiv med syfte att den äldre kan
 2258 förbli kontinent. Att utföra sina behov sittande på toaletten minskar risken för urinvägsinfektioner.
 2259 Individuellt utprovade hjälpmedel underlättar för den äldre. Förutsättningarna för planering och
 2260 genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan kompletteras genom tillämpning av

2261 bedömningsverktyg. För blåsdysfunktion eller inkontinens används till exempel *Nikolas* som ingår i
 2262 det nationella kvalitetsregistret *Senior alert*.

2263 **A.35 Sömn (8.2.3.7)**

2264 Åldrandet kan medföra att sömnmönstret förändras. Sömnbehov och dygnsrytm är individuella.
 2265 Sömnsvårigheter kännetecknas av otillräcklig eller dålig sömn som leder till en känsla av att inte vara
 2266 utvilad, vilket leder till trötthet och kan ge humörsvängningar och minskad koncentrations- och
 2267 prestationsförmåga.

2268 Valfärdsteknik kan finnas tillgänglig i vård- och omsorgsmiljö. Ett exempel är digital tillsyn för äldre
 2269 som har behov av trygghetsbesök på natten. Syftet är att öka tryggheten i hemmet och fungera som
 2270 alternativ eller komplement till personliga besök. Digital tillsyn passar den som vill kunna sova tryggt
 2271 utan att få fysiskt besök av arbetstagare. Digital tillsyn genomförs i dag till största delen med kameror
 2272 med strömmade bilder som öppnas en kort stund ett antal gånger per natt, enligt samtycke med den
 2273 äldre. Arbetstagare från kommunen eller externa larmoperatörer gör en tillsyn via kameran under
 2274 överenskomna tidsintervaller. Digital tillsyn möjliggör en effektivare resurshantering för
 2275 arbetstagarna.

2276 **A.36 Hud och sår (8.2.3.8)**

2277 Den äldres hud blir med stigande ålder mer ömtålig vilket gör att den äldre lättare kan få skador i
 2278 huden, som kan ge upphov till svårläkta sår, infektion och lidande. Därför är det förebyggande arbetet
 2279 grundläggande. Målet för sårbehandling är att undvika nya sår, möjliggöra läkning, förhindra
 2280 sårinfektion och eventuell smittspridning samt minska lidande och underlätta det dagliga livet för
 2281 den äldre.

2282 Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan
 2283 kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg. För trycksår används till exempel
 2284 bedömningsverktyget *Modifierad Norton*, som ingår i det nationella kvalitetsregistret *Senior alert*.

2285 **A.37 Hälsoinformation (8.2.4.1)**

2286 Hälsoinformation beskrivs som individens förmåga att få tillgång till, förstå och använda
 2287 grundläggande hälsoinformation och e-hälsotjänster för att ha möjlighet att fatta lämpliga beslut som
 2288 rör hälsan. Den ökade tillgången av och tillgängligheten till information och en större betoning på
 2289 egenvård har ökat den äldres hälsokunskaper. Skillnader och luckor i tillgången till vårdsystemen
 2290 kräver att den äldre spelar en mer aktiv roll vid hanteringen av sin hälsa och tillgängligheten och
 2291 innehållet i hälsoinformationen behöver utvecklas i syfte att främja utvecklingen av den äldres
 2292 hälsokunskap.

2293 Ett personcentrerat förhållningssätt utgår från en helhetssyn på den äldre, det är inkluderande,
 2294 individuellt anpassat och samordnat. En personcentrerad vård och omsorg är ett mål men också ett
 2295 medel som kan öka den äldres hälsokompetens samt kan göra vården och omsorgen mer jämlik och
 2296 säker.

2297 För att kunna ta ansvar och vara delaktig i sin egen hälsa krävs en förståelse för den egna
 2298 hälsosituationen. Den äldres förmåga att hantera och förstå hälsoinformation kan påverkas av flera
 2299 faktorer som exempelvis grundläggande läs- och skrivkunighet, kognitiv förmåga och förmågan att
 2300 höra och se. Nedsatta förmågor kan påverka hur den äldre uppfattar instruktioner för hur exempelvis
 2301 läkemedel hanteras och doseras eller hur andra åtgärder kopplat till den egna hälsan vidtas. Även
 2302 yttre faktorer såsom arbetstagarnas kommunikationsförmåga och de situationer den äldre möter i
 2303 vård- och omsorgssystemen påverkar förutsättningarna att ta in information.

2304 **A.38 Psykiskt funktionstillstånd (8.2.4.2)**

2305 Psykiska funktioner innefattar bland annat orienteringsförmåga, temperament, uppmärksamhet,
 2306 känslor, kognition och språk. Psykisk funktion kan påverkas av ökad ensamhet, sjukdomar, missbruk,
 2307 bieffekter av läkemedel eller sociala och psykologiska omställningar. Följderna av psykisk sjukdom
 2308 eller psykisk funktionsnedsättning kan påverka förmågan att kommunicera, förstå och tolka sin
 2309 omgivning, vilket ofta leder till otrygghet.

2310 Psykiska eller kognitiva funktionsnedsättningar innebär ibland att den äldre endast kommunicerar
 2311 ickeverbalt genom kroppsspråk och förändrat beteende. För att skapa förståelse för den ickeverbala
 2312 kommunikationen behövs personkännedom, dokumentation samt samråd med närstående.
 2313 Levnadsberättelsen är ett användbart verktyg för att skapa förståelse för den äldre. För att behålla
 2314 eller förbättra sina psykiska och kognitiva funktioner behöver den äldre både bedömning av dessa
 2315 funktioner och rehabilitering.

2316 Äldre, med svårigheter att uttrycka smärta i tal, kan manifesteras tecken på smärta genom
 2317 kroppsspråk och förändrat beteende. Bedömning av smärta hos personer med kognitiv
 2318 funktionsnedsättning, kognitiva sjukdomar samt äldre som själva har svårt att rapportera smärta,
 2319 grundas på personkännedom, dokumentation om den äldre samt samråd med närstående som
 2320 känner den äldre väl.

2321 Det finns olika faktorer som kan främja livskvaliteten och förebygga psykisk ohälsa hos äldre, social
 2322 gemenskap och stöd, fysisk aktivitet, goda matvanor och meningsfullhet i vardagen. Det medför ett
 2323 ökat behov av adekvat bemötande och stöd i den äldres dagliga liv med mål att upprätthålla identitet
 2324 och värdighet. Depression är en annan vanlig orsak till psykisk ohälsa hos äldre personer som också
 2325 medför behov av individuellt anpassat stöd och bemötande.

2326 Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan
 2327 kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg för kartläggning av kognitiv och
 2328 kommunikativ förmåga samt av diagnos av depression

2329 Kommunikationssvårigheter är ett brett begrepp. Vid signaler från närstående eller arbetstagare
 2330 kring svårigheter att förstå den äldres tal, språk och kommunikationssätt eller om den äldre inte
 2331 förefaller förstå vad som sägs behövs en utredning. Diagnos kring tal-, språk och kommunikation
 2332 ställs genom utredning av de olika förmågorna.

2333 Grunden i en utredning av demens eller annan kognitiv störning är en noggrann anamnes. Screening
 2334 av kognitiv förmåga är viktigt. Mini Mental Test och klocktest görs i en basal utredning. För att fånga
 2335 tidiga skeden av demens kan en noggrann utfrågning ge god vägledning. En neuropsykologisk
 2336 testning kan behövas för att säkert klarlägga små förändringar.

2337 En depressionsdiagnos är rent klinisk och ställs på den typiska sjukdomsbilden. Det finns ännu inga
 2338 etablerade kriterier för depression hos äldre. Det är viktigt att ställa diagnosen efter den kliniska bild
 2339 som finns i stället för att tolka denna bild som en normal reaktion på livssituationen.

2340 Skattningsskalor är viktiga hjälpmedel för att på ett strukturerat och systematiskt sätt identifiera,
 2341 bedöma och följa symptom på depression och ångest till exempel *Hospital Anxiety and Depression*
 2342 *Scale* (HADS) eller *Geriatric Depression Scale* (GDS-15, GDS-20).

2343 För smärtskattning används till exempel bedömningsverktyget *Visuell Analog Skala* (VAS) som
 2344 numerisk skala eller ansiktsskala, eller *Abbey Pain Scale*, som ingår i *Svenska Palliativregistret*.

2345 **A.39 Fysiskt funktionstillstånd (8.2.5.1)**

2346 Fysisk funktion kan påverkas av kroppsfunktioner, sjukdom, nutrition, smärta, balans, otrygghet,
 2347 rädsla, kunskap, kognitiv förmåga, sömn, stress samt olika omgivningsfaktorer. Fysisk aktivitet kan

vara avgörande för att förebygga och reducera åldersrelaterad fysisk funktionsförmåga. Äldre kan förbättra såväl kondition och styrka som balans och rörlighet genom träning.

Den äldre har generellt sett högre risk att falla och skada sig vid fallet. Förebyggande av fall är det mest effektiva sättet för att minska skador. Äldre kan förbättra såväl kondition och styrka som balans och rörlighet genom träning. Utöver den komplicerade fysiska situationen beaktas även den psykosociala situationen, så att trygghet i vardagen med möjlighet till individuella rutiner och social samvaro möjliggörs. Multisjuka äldre har ett stort behov av personcentrerad vård med samordnad och kontinuerlig vård och omsorg, där en helhetssyn är viktig.

Den äldre som får funktionsnedsättningar till följd av åldrande, sjukdom eller skada har behov av bedömning av och insatser för rehabilitering för att behålla eller förbättra fysiska funktioner.

Bedömningen och rehabiliteringsinsatserna omfattar den äldres förmåga att i sin omgivning utföra förflyttningar, personlig vård och aktiviteter. Fysisk funktion påverkas av kroppsfunktioner, nutrition, smärta, balans, otrygghet, rädsla, kunskap, kognitiv förmåga samt omgivningsfaktorer.

En del av de äldre är sköra, har kognitiva sjukdomar eller andra kroniska sjukdomar. Trots funktionsnedsättningar och skörhet finns många personliga resurser kvar hos den äldre såsom motivation, viljekraft och nyfikenhet. Den äldres dagliga liv är utgångspunkten där det är angeläget att hitta en balans mellan den äldres egen förmåga och den vård och omsorg som kan ges. Hur vård och omsorg ges i den specifika situationen är något som ibland kräver flexibla och okonventionella lösningar.

I en personcentrerad vård ingår att hjälpa den äldre att upprätthålla egna förmågor och självständighet, att arbeta funktionsbevarande. Det ingår vidare att minska negativa konsekvenser av åldrande, sjukdomar eller funktionsnedsättning, att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

Ett funktionsbevarande arbetssätt kan skapa förutsättningar för att den äldre kan leva ett så självständigt och meningsfullt liv som möjligt, trots ålder, sjukdomar och funktionsnedsättningar. Personcentrerad vård och omsorg strävar efter att den äldre upplever en känsla av sammanhang, förståelse och trygghet med fokus på den äldres resurser, behov och funktion snarare än på diagnoser och funktionsnedsättningar. Förhållningssättet utgår från att överenskommelser träffas och beslut om utförandet av insatser fattas i nära samråd med den äldre och i förekommande fall de närstående. Förutsättningarna för planering och genomförande av olika typer av vård- och omsorgsinsatser kan kompletteras genom tillämpning av bedömningsverktyg. För fallrisker används till exempel bedömningsverktyget *Downton Fall Risk Index*, som ingår i det nationella kvalitetsregistret *Senior alert*.

A.40 Hjälpmedel och välfärdsteknik (8.2.5.2)

Hjälpmedel och välfärdsteknik är två begrepp som ofta används inom vård, omsorg och rehabilitering. Trots att de ibland används synonymt, finns det betydande skillnader mellan dem.

Hjälpmedel är produkter eller utrustning som används för att förbättra funktionaliteten och självständigheten hos individer med funktionsnedsättningar. De kan vara anpassade för olika typer av funktionsnedsättningar, inklusive fysisk, sensorisk, kognitiv och psykisk. Hjälpmedel är ofta specifikt utformade för att kompensera för en funktionsnedsättning och används direkt av individen. Exempel på hjälpmedel inkluderar

- rullstolar och gånghjälpmedel,
- hörselapparater,
- skrivhjälpmedel,
- lyftar och badhjälpmedel,
- kommunikationshjälpmedel.

2393 Hjälpmedel är en av de insatser som kan ingå i rehabiliteringen. Hjälpmedel förskrivs efter
 2394 individuell behovsbedömning av legitimerad personal. Hjälpmedel syftar till att undanröja hinder för
 2395 full delaktighet i samhället och skapa förutsättningar för självständighet och självbestämmande.
 2396 Tekniken kan ges som bistånd, förskrivas som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på
 2397 konsumentmarknaden.

2398 Valfärdsteknik är en bredare kategori som inkluderar teknologiska lösningar som syftar till att
 2399 förbättra välfärd och livskvalitet för alla individer, särskilt de som behöver stöd i sin vardag.
 2400 Valfärdsteknik omfattar både individuella och systematiska lösningar som kan användas för att
 2401 förbättra hela vård- och omsorgsmiljön. Det är viktigt att se till att tekniken är användarvänlig och
 2402 tillgänglig för alla, inklusive de som saknar teknisk kunskap eller har funktionsnedsättningar.
 2403 Integritets- och säkerhetsfrågor måste också beaktas för att skydda användarnas personliga
 2404 information. Exempel på välfärdsteknik inkluderar

- 2405 • trygghetslarm,
- 2406 • sensorteknik och övervakningssystem,
- 2407 • digitala vård- och omsorgstjänster,
- 2408 • robotteknik för assistans,
- 2409 • smart home-lösningar.

2410 Den digitala tekniken kan öka möjligheterna för att äldre personer att behålla ett aktivt och
 2411 självständigt liv.

2412 Digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka säkerhet trygghet, aktivitet, delaktighet eller
 2413 självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning, kan
 2414 användas av den äldre själv, en närstående, arbetstagare eller någon annan i den äldres närhet. Den
 2415 digitala tekniken kan öka möjligheterna för att äldre personer att behålla ett aktivt och självständigt
 2416 liv. Valfärdsteknik kan ges som bistånd, förskrivas som hjälpmedel eller köpas på
 2417 konsumentmarknaden.

2418 För användning av välfärdsteknik gäller samma utgångspunkter som för övriga insatser från hälso-
 2419 och sjukvården och socialtjänsten. En välfärdsteknisk produkt kan vara en insats inom socialtjänsten
 2420 eller ett hjälpmedel som används inom ramen för hälso- och sjukvård. Gemensamt för de olika
 2421 användningsområdena är att

- 2422 • samma regler gäller som för andra insatser, det vill säga att lagstiftningen är teknikneutral,
- 2423 • användningen av tekniken är frivillig,
- 2424 • den enskilde behöver samtycka till att en insats beviljas och att en viss åtgärd utförs vid
 2425 genomförande av insatsen. När det gäller personer som behöver stöd att uttrycka sin vilja är
 2426 det viktigt att anpassa informationen om och erbjudandet av välfärdstekniken utifrån den
 2427 enskilda personens förmåga och förutsättningar. Det är även angeläget att anpassa själva
 2428 tekniken till, och planera uppföljningen utifrån, personens förmåga och förutsättningar. Det
 2429 gäller i synnerhet personer vars kognitiva förmåga kan förväntas försämrats över tid.

2430 **A.41 Avslut av insatser (8.4.1)**

2431 Beställt uppdrag pågår till dess att uppdraget avslutas skriftligen av beställaren. Avslut kan ske med
 2432 anledning av förändrade behov eller med anledning av flytt vilket medför att uppdraget avslutas. Den
 2433 äldre kan byta till ett annat boende i samma kommun eller i en annan kommun. Där kommunen
 2434 tillämpar lagen om valfrihetssystem, LOV, sker bytet inom ramen för kommunens valfrihetssystem.
 2435 Det är biståndshandläggaren som ombesörjer bytet av utförare och meddelar tidigare och ny utförare
 2436 om byte. Vid byte av utförare samverkar den utförare som den äldre personen lämnar med
 2437 beställaren och den nya utföraren. Informationsöverföring sker med samtycke eller lagregel som
 2438 möjliggör ett utlämnande.

A.42 Palliativ vård (8.4.2)

Vården vid livets slut innefattar ett palliativt förhållningssätt, en helhetssyn på människan, för att stödja den äldre att bland annat behålla sin integritet, skapa mening och bevara sociala relationer den sista tiden i livet. Att lindra smärta, minska andningssvårigheter, bemöta och lindra oro och ångest är några exempel på åtgärder i den palliativa vården. Vården är individuellt anpassad och genomförs så långt det är möjligt efter den äldres önskemål. Om den äldre inte själv kan uttrycka sina önskemål inhämtas synpunkter från närstående eller legal företrädare. De närstående bemöts med omtanke och erbjuds stöd under hela den palliativa fasen. De erbjuds att medverka i vården och ges stöd efter dödsfallet.

Palliativ vård utförs av kommunens eller regionens hemsjukvård.

Palliativ vård syftar till att förbättra livskvaliteten för den äldre som befinner sig i livets slut. Den palliativa vården består av att förebygga och lindra, att möta och lindra de behov som uppstår vare sig de är av fysisk, psykisk, social eller existentiell art. Arbetstagarnas kommunikation med den äldre, närstående och kollegor bidrar i högsta grad till en god palliativ vård. Samarbete och samverkan mellan olika yrkesgrupper och vård- och omsorgsgivare är en nödvändig grund för att för en god palliativ vård.

A.43 Dödsfall (8.4.3)

När en äldre person avlider kontaktas alltid hälso- och sjukvården. Ett fastställande av ett dödsfall görs alltid av en läkare. Om dödsfallet var oväntat kan en obduktion bli aktuell. Om en patient begått självmord kan det behöva utredas. En läkare, som inte är närstående till den avlidne, utfärdar ett dödsbevis och intyg om dödsorsaken. Vid dödsfall upphör uppdraget som legal ställföreträdare omgående.

De närstående ges möjlighet att ta farväl av den döde. Det kan uppstå frågor både under vården i livets slutskede och efter döden, när personen tas om hand, på grund av religiösa och kulturella olikheter. Var uppmärksam på den avlidnes och de närståendes önskemål. Ge de närstående den tid de behöver med den döde för att säga farväl. Fråga de närstående om de har särskilda önskemål exempelvis om kläder. Erbjud dem att medverka, det kan vara en del av bearbetningen av sorgen. Att få se den döde kan vara viktigt för att påbörja sorgearbetet.

A.44 Personer i den äldres närhet (8.5)

Närstående tillhandahåller en stor mängd vård och omsorg, i många fall till en make eller maka. Närståendes livskvalitet är nära förknippad med livskvaliteten för den äldre som är i behov av vård och omsorg. För att orka med vardagen behöver närstående ofta hjälp med insatser till den person de hjälper.

Ibland behöver den äldre stöd för beslutsfattande i personliga frågor. Olika personer i den äldres närhet fyller olika funktioner och det behöver göras överenskommelser med den äldre om vilka som kan kontaktas i olika frågor.

Förutom att närstående i allmänhet spelar en viktig roll i den äldres liv, är närstående också viktiga kontakter för arbetstagarna och gör det möjligt för dem att göra ett bra jobb. Den äldres närstående kan ibland behöva stöd, beroende på den äldres situation och de närståendes behov. Det är viktigt att arbetstagarna är mottagliga och ger information och stöd utifrån identifierade behov och samtycke från den äldre.

Det finns olika former av stöd för närstående som vårdar den äldre i form av till exempel hemvårdsbidrag som även kallas anhörigbidrag eller omvårdnadsbidrag.

2482 Närstående som vårdar den äldre behöver kan behöva information och utbildning, vanligtvis om den
 2483 äldres hälsotillstånd och dess konsekvenser, dess förväntade utveckling samt sätt att hjälpa den äldre
 2484 att hantera hemlivet både praktiskt och psykiskt.

2485 Det är också möjligt att involvera det lokala samhället mer direkt genom att stödja till volontärarbete

2486 Exempel: För att möta utmaningarna med social isolering och ensamhet har många samhällen utvecklat
 2487 telefonjourer samt väntjänstverksamhet där volontärer besöker äldre.

2488 **A.45 Den äldres uppfattning om kvaliteten på tjänsterna (9.1)**

2489 Den äldres syn på kvaliteten på vården och omsorgen kan ha betydelse för att få en helhetsbild av
 2490 vårdens och omsorgens utvecklingsmöjligheter.

2491 De systematiska metoder som används respekterar den äldres integritet och klargör om det förväntade
 2492 resultatet av tjänsterna uppnåtts. Det kan handla om att intervjua den äldre, skicka en enkät till den
 2493 äldre, intervjua den äldres familj och närstående etcetera.

2494 Den nationella brukarundersökningen är en enkätundersökning som genomförs inom äldreomsorgen
 2495 varje år, i hela Sverige. Från resultaten kan allmänheten få information om de äldres upplevelser av
 2496 vården och omsorgen. Resultat från den nationella brukarundersökningen sammanställs för
 2497 merparten av alla äldreboenden i Sverige, men inte för alla.

2498 Systematisk och regelbunden användning av återkoppling från den äldre ger utföraren information
 2499 om vård och omsorgsverksamhetens kvalitet och effektivitet samt ger underlag för ledning, kontroll
 2500 och kvalitetshöjande åtgärder för vård och omsorgsverksamheten för äldre.

2501 **A.46 Egenkontroll (9.2)**

2502 Utföraren granskar, med planerade intervall, sin tillämpning av relevanta delar av detta dokument för
 2503 att säkerställa att vård och omsorgsverksamheten är fortsatt lämplig, tillräcklig och verkningsfull.

2504 Egenkontroll utförs av ledningen och arbetstagarna tillsammans när utföraren kritiskt vill analysera
 2505 och utvärdera sitt eget arbete. Det innebär regelbunden utvärdering av planering, genomförande,
 2506 resultat och nödvändiga uppföljningsåtgärder.

2507 Egenkontroll har vissa fördelar: den kan utföras på delar av verksamheten för att förstå ett område
 2508 bättre eller på hela vård och omsorgsverksamheten, den är lätt att använda och förstå, den kräver
 2509 mindre extra resurser och den hjälper till att förbättra organisationens kvalitetsledningssystem. De
 2510 interna processerna analyseras utifrån de kvalitetsmål som satts upp.

2511 **A.47 Förbättringsarbete, utveckling och innovation (10.1)**

2512 Genom att resultaten av riskanalys, egenkontroll, hantering av rapporter om händelser och avvikelser
 2513 samt klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras kan trender som indikerar brister i vård
 2514 och omsorgsverksamhetens kvalitet identifieras och åtgärdas.

2515
 2516 Utföraren kan kontinuerligt utveckla tjänsterna enligt detta dokument genom att inhämta och omsätta
 2517 ny kunskap inom verksamhetsområdet. Detta kan bli en del av utvecklingen av tjänsterna enligt detta
 2518 dokument med ambitionen att de utförs i enlighet med vetenskap, beprövad erfarenhet och
 2519 evidensbaserad praktik.

2520 **A.48 Avvikelsehantering (10.2)**

2521 Avvikelsehantering är ett sätt att identifiera och hantera oönskade incidenter och negativa händelser.

2522 Exempel på avvikelser kan vara brister, misstag och fel i processer, överträdelser och avvikelser i
 2523 föreskrifter eller rutiner, skador på äldre personer eller arbetstagare, komplikationer i behandlingen,
 2524 problem med utrustning, missbruk av konfidentiell information och klagomål. En avvikelse är en
 2525 oväntad konsekvens i samband med vård och omsorg. Sådana händelser kan tyda på en kvalitets- eller
 2526 säkerhetsfråga som behöver åtgärdas. Syftet med avvikelsegranskningen är att avgöra vad som hände,
 2527 hur det hände, varför det hände och om det finns något att lära vad gäller tjänsterna. Den följer

2528 principerna för en rättvis kultur och ha ett systemtänkande, vilket innebär att den inte fokuserar på att
2529 skylla på enskilda individer.

2530 Utföraren uppmuntrar till öppenhet när det gäller att rapportera avvikelser, negativa händelser eller
2531 misstag. Rapportering av avvikelser, negativa händelser eller misstag är grundläggande för att undvika
2532 att de upprepas och för att förbättra vård- och omsorgsprocesserna.

2533 **A.49 Förslag och klagomål (10.3)**

2534 En kultur av öppenhet och insyn som tar upp frågor, förslag och klagomål kan välkomna återkoppling.
2535 Denna kan vara en värdefull informationskälla som används för att förbättra de tillhandahållna
2536 tjänsterna.

2537 Den äldre kan uppmuntras att uttrycka eventuella farhågor och kan försäkras om att det inte finns
2538 några negativa konsekvenser med att ta upp frågor eller komma med förslag, vare sig informellt, eller
2539 genom det formella klagomålsförfarandet. Förslags- och klagomålsförfarandet kan identifiera
2540 förväntningarna hos den äldre som kommer med ett förslag eller klagomål och kan säkerställa att
2541 dessa förväntningar beaktas och tillgodoses under hela processen.
2542

Bilaga B (informativ)

Ansvarsfördelning mellan kommun och region rörande stöd till den äldre

Många äldre är i behov av både äldreomsorg och sjukvård. Kommunens ansvar för äldreomsorg styrs av Socialtjänstlagen (SoL) och regionens, i form av vårdcentral, husläkare eller sjukhus, för sjukvård styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Detta innebär att många äldre som behöver stöd i vardagen möter både kommun och region. I tabell B.1 beskrivs översiktligt ansvarsfördelning och samverkan mellan dessa aktörer.

Tabell B.1 Ansvarsfördelning mellan kommun och region

	Kommun	Region
	Ordinarie boende	
<i>Hemtjänst</i>	Servicetjänster • socialt umgänge och promenader (så kallad ledsagning), • tvätt och städning, • inköp av mat och hushållsvaror, • matlagning, • andra sysslor som den äldre behöver hjälp med. Personlig omvårdnad • hjälp med att klä på sig, • dusch eller annan hygien, • utförande av vissa delegerade sjukvårdsuppgifter.	
	Sjukvård	
<i>Hemsjukvård</i>	Om kommunen ansvarar för basal hemsjukvård kan arbetstagarna från hemtjänsten och hemsjukvården komma från en och samma organisation, antingen kommunen själv eller en privat utförare som kommunen har godkänt och den äldre valt. I basal hemsjukvård ingår insatser som exempelvis medicinering, provtagning och omläggning av sår samt rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel.	Om regionen ansvarar för basal hemsjukvård utgår den från primärvården (vårdcentral eller motsvarande). Hemtjänsten kommer fortsatt från kommunen, vilket innebär att om den äldre har både hemtjänst och hemsjukvård så samarbetar två olika organisationer i den äldres hem. Hemsjukvården kan, oavsett om den drivs under kommunen eller regionen, delegera vissa sjukvårdsinsatser till hemtjänstpersonal. I dessa fall blir även hemtjänsten involverad i den äldres sjukvård.

<i>Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH)</i>		Är den äldre svårt sjuk och i behov av mer avancerad sjukvård så kan denne få kvalificerade medicinska åtgärder utförda i hemmet i stället för att bli inlagd på sjukhus. Det kan till exempel handla om att få smärtlindring, dropp eller en blodtransfusion.
<i>Geriatrisk sjukvård</i>		Geriatrisk sjukvård är specialiserad på akuta och kroniska sjukdomar som uppstår till följd av åldrande. I vården ingår både medicinsk behandling och rehabilitering. Målgruppen för geriatrisk slutenvård är en patient som är biologiskt åldrad med funktionell svikt och är beroende av andra för att klara sitt dagliga liv eller har flera samtidiga hälsoproblem. Patienten har också ett försämrat hälsotillstånd eller behov av rehabilitering eller behov av fortsatt vård efter vård vid akutsjukhus och vars tillstånd fordrar ett geriatriskt multiprofessionellt teamarbete.
<i>Trygghetslarm</i>	Tjänsten gör det möjligt för den äldre att komma i kontakt med arbetstagare vid oförutsedda situationer. Larmet är till för personer som råkat ut för en situation som denne inte klarar själv och behöver hjälp med, till exempel vid fall, toalettbesök eller blivit akut sämre i sin sjukdom.	
<i>Trygghetskamera</i>	Tjänsten är ett alternativ, eller komplement, till ordinarie tillsyn med besök i hemmet. Tillsynen sker i cirka 30 s och görs vid flera tillfällen enligt överenskommelse.	
<i>Hjälpmedel</i>	Det finns många olika typer av hjälpmedel som kan hjälpa den äldre med • förflyttning, • kommunikation, • stöd för minne och struktur, • hjälp att hantera medicin, • säkerhet och stöd vid bad eller dusch. Om den äldre har kommunal hälso- och sjukvård sker lånet från kommunen.	Det finns många olika typer av hjälpmedel som kan hjälpa den äldre med • förflyttning, • kommunikation, • stöd för minne och struktur, • hjälp att hantera medicin, • säkerhet och stöd vid bad eller dusch. Den äldre kan låna hjälpmedel från sin vårdcentral eller sjukhus.
<i>Bostadsanpassning</i>	Den som har en bestående eller långvarig funktionsnedsättning kan ansöka om bidrag för att anpassa sin bostad så att den blir funktionell. Det gäller till exempel att • ta bort trösklar,	

	• montera stödhandtag eller räcken, • byta ut badkaret mot dusch, • anpassa nivåskillnader med ramp eller hiss, • installera dörröppnare, • förstärka fast belysning i kök och badrum.	
	Korttidsboende	
	Personer som bor med och vårdar en närstående i hemmet som har ett omfattande omvårdnadsbehov kan behöva avlastning. Med avlastning på ett korttidsboende har den närstående som vårdar möjlighet att åka bort eller få lite vila under en begränsad tid. På korttidsboendet finns arbetstagare dygnet runt. Korttidsboende kan också innebära vård och omsorg efter en sjukhusvistelse och i väntan på plats på ett vård- och omsorgsboende.	
	Växelvårdsboende	
	Vid behov av regelbunden avlastning för en person som bor med och vårdar en närstående finns möjlighet att ansöka om växelvårdsboende. Ett växelvårdsboende innebär att den som behöver omsorg växlar mellan att bo hemma och på ett omvårdnadsboende.	
	Särskilt boende	
<i>Hjälpmedel</i>	På ett äldreboende är det äldreboendet som ansvarar för att se till att den äldre ges tillgång till de hjälpmedel denne behöver.	Det finns många olika typer av hjälpmedel som kan hjälpa den äldre med • förflyttning, • kommunikation, • stöd för minne och struktur, • hjälp att hantera medicin, • säkerhet och stöd vid bad eller dusch.
<i>Sjukvård på äldreboende</i>	Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård på äldreboenden, inklusive rehabilitering och utprovning av hjälpmedel.	Läkaren på ett äldreboende ingår dock i regionens organisation. Den äldre kan välja att ha kvar sin egen husläkare även när denne bor på ett äldreboende.

2556
2557
2558

Bilaga C (informativ)

Kontroll av överensstämmelse med krav

Ledningen granskar efterlevnaden av kraven i detta dokument med planerade intervaller. I denna översyn ingår att bedöma förbättringsmöjligheter och eventuellt behov av att uppdatera vägledningsdokument, till exempel uppförandekoder, personalpolicyer, arbetsmiljöprogram, riskbedömningar, förebyggande program och rutiner som rör olika aspekter av utförarens tjänster.

Viktiga intressenter, till exempel äldre personer och externa parter, kan vid behov inkluderas i översynen.

Exemplet på ett bedömningsinstrument som beskrivs nedan är avsett att hjälpa utföraren att fastställa överensstämmelse och efterlevnad av kraven i detta dokument.

Tabell D.1 innehåller exempel med krav från detta dokument text. Utföraren kan använda tabellen som mall och välja ut de krav som är relevanta och som man vill kontrollera.

Användare av bedömningsinstrumentet kan ange: uppfyller kravet, uppfyller delvis kravet, uppfyller inte kravet eller inte tillämpligt samt ange vilket eller vilka underlag som använt vid bedömningen i kolumnen "Kommentarer".

Underlag för bedömning av överensstämmelse kan erhållas från till exempel nedanstående källor, och de tillämpade källorna anges i kommentarsfältet tillsammans med information om var de tillämpade källorna kan återfinnas.

De vanligaste källorna är dokumentation, intervjuer och observationer som till exempel

- a) skriftliga rutiner, vilka normalt är upprättad av identifierbar källa, daterad och införd i verksamhetens ledningssystem,
- b) planer, avtal och protokoll över initiativ och resultat,
- c) sammanställningar av avvikelserapporter,
- d) sammanställningar av resultat från riskhantering och riskanalyser,
- e) sammanställningar av förslag och klagomål,
- f) enkätresultat,
- g) dokumentation från träffar med de äldre, närstående och i förekommande fall brukarorganisationer,
- h) dokumentation från arbetsplatsträffar eller motsvarande med arbetstagare och arbetsledning,
- i) resultat från egenkontroll,
- j) resultat från revision eller motsvarande, genomförd av externt anlitad bedömare eller uppdragsgivaren,
- k) strukturerad journalgranskning av äldres personakt eller patientjournal,

Anmärkning: Processen inleds med att man väljer ut ett antal journaler enligt specifika kriterier, exempelvis slumpmässigt eller utifrån en viss patientgrupp. Därefter granskas journalerna enligt en mall där olika aspekter av vården bedöms, såsom diagnos, behandling, dokumentation och eventuella avvikelser.

l) intervjuer med de äldre, närstående och i förekommande fall brukarorganisationer,

m) intervjuer med arbetstagare och arbetsledning,

n) granskning på plats, observation.

2603

2604 **Tabell C.1 – Exempel på bedömningsinstrument för kontroll av uppfyllelse av krav vid**
 2605 **palliativ vård**

Ange graden av överensstämmelse med kraven i detta dokument	Uppfyller kravet	Uppfyller delvis kravet	Uppfyller inte kravet	Ej tillämpligt	Kommentarer
8.4.2 Palliativ vård Utföraren ska:					
a) säkerställa att det upprättas en vårdplan inför vård i livets slut					
b) säkerställa att arbetstagare finns närvarande vid den äldres sida, om så önskas av den äldre, under den sista perioden i livets slut					
c) säkerställa att brytpunktssamtal genomförs med den äldre som bedöms befinna sig i livets slut och dennes närstående					
d) säkerställa att uppföljning genom efterlevandesamtal genomförs med närstående avseende upplevelse av vården i livets slut, samt kontakt med arbetstagare					

2606

2607

2608

Litteraturförteckning

Standarder

- [1] SS-EN ISO 9000:2015, *Ledningssystem för kvalitet – Principer och terminologi*
 - [2] SS-EN ISO 9001:2015, *Ledningssystem för kvalitet – Krav*
 - [3] SS-EN ISO 13688:2013 *Skyddskläder*
 - [4] SS-EN 15224:2012, *Ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården – Vägledning för användning av EN ISO 9001:2008*
 - [5] SS-EN 17398:2020, *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för person-centrerad vård*
 - [6] SS-EN ISO 45001 *Ledningssystem för arbetsmiljö - Krav och vägledning*
 - [7] SS-ISO 31000:2018, *Riskhantering - Vägledning*
 - [8] SS-ISO 37002:2021, *Ledningssystem för visselblåsning*
 - [9] SS 41000:2018, *Kvalitetssäkring av HVB*
 - [10] SS 8760014 *Rengöring för minskad smittspridning inom hälso- och sjukvård*
 - [11] SS 877001:2021, **Kvalitetssäkring inom LSS - bostad med särskild service för vuxna**
 - [12] SIS-CEN/TS 16118:2012, *Krav på service i boenden för seniorer*
- ### Lagstiftning och lagstiftningsarbete
- [13] Socialtjänstlagen SFS 2001:453
 - [14] Hälso- och sjukvårdslagen SFS 2017:30
 - [15] Patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - [16] Statens offentliga utredningar SOU 2022:41. Nästa steg - Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer - Betänkande av Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner
 - [17] Finland 28.12.2012/980, **Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre**
- ### Föreskrifter och allmänna råd från myndigheter
- [18] Arbetsmiljöverket AFS 1982:3, Föreskrifter om ensamarbete samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [19] Arbetsmiljöverket AFS 1993:2, Föreskrifter om våld och hot i arbetsmiljön samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [20] Arbetsmiljöverket AFS 1999:7, Föreskrifter om första hjälpen och krisstöd samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [21] Arbetsmiljöverket AFS 2001:1, Föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete och allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [22] Arbetsmiljöverket AFS 2001:3, Föreskrifter om användning av personlig skyddsutrustning samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [23] Arbetsmiljöverket AFS 2012:2, Föreskrifter om belastningsergonomi samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna
 - [24] Arbetsmiljöverket AFS 2015:4, Organisatorisk och social arbetsmiljö, föreskrifter
 - [25] Arbetsmiljöverket AFS 2018:4, Föreskrifter och allmänna råd om smittrisker
 - [26] Arbetsmiljöverket AFS 2020:1, Föreskrifter och allmänna råd om arbetsplatsens utformning

- 2649 [27] Inspektionen för vård och omsorg. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda
2650 boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och
2651 sjukvård; 2022
- 2652 [28] Livsmedelsverket. Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen – Ordinära och särskilda
2653 boenden – hemtjänst och äldreboenden; 2023
- 2654 [29] Socialstyrelsen SOSFS 2007:17, Allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och
2655 uppföljning av ärenden som avser äldre personer
- 2656 [30] Socialstyrelsen SOSFS 2011:5, Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
- 2657 [31] Socialstyrelsen SOSFS 2011:9, Föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt
2658 kvalitetsarbete
- 2659 [32] Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpningen av
2660 föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete;
2661 2012
- 2662 [33] Socialstyrelsen SOSFS 2011:12, Allmänna råd om grundläggande kunskaper hos personal som
2663 arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2664 [34] Socialstyrelsen SOSFS 2012:3 Allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2665 [35] Socialstyrelsen SOSFS 2014:5, Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation i verksamhet som
2666 bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
- 2667 [36] Socialstyrelsen SOSFS 2015:10, Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg
- 2668 [37] Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och
2669 hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- 2670 [38] Socialstyrelsen HSLF-FS 2017:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares
2671 systematiska patientsäkerhetsarbete
- 2672 [39] Socialstyrelsen. Vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Handbok vid tillämpningen av
2673 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska
2674 patientsäkerhetsarbete; 2019
- 2675 [40] Socialstyrelsen HSLF-FS 2021:52, Föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i
2676 hälso- och sjukvården
- 2677 [41] Socialstyrelsens kungörelse HSLF-FS 2021:107 om ändring i allmänna råden (SOSFS 2011:12) om
2678 grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre
- 2679 [42] Socialstyrelsen HSLF-FS 2021:52 Föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i
2680 hälso- och sjukvården
- 2681 [43] Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:44, Föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i
2682 vissa verksamheter enligt SoL och LSS
- 2683 [44] Socialstyrelsen HSLF-FS 2022:49, Föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och
2684 behandling vid undernäring
- 2685 **Andra publikationer från myndigheter och organisationer i form av till exempel**
2686 **vägledningsdokument, stöddokument, riktlinjer och rapporter**
- 2687 [45] Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Utredning av risker Handbok för metoden
2688 riskanalys; 2022
- 2689 [46] Socialstyrelsen. Individens behov i centrum – Ett stöd för att använda ICF och strukturerad
2690 dokumentation för personer som behöver stöd i sin dagliga livsföring; 2023
- 2691 [47] Socialstyrelsen. Användarstöd till informationsspecifikation för Individens behov i centrum; 2023

- [48] Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024; 2020
- [49] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer förvård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. 2017
- [50] Socialstyrelsen. Att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa – vägledning för verksamhetsansvariga inom socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård samt primärvård; 2013
- [51] Socialstyrelsen. Se tecken och ge rätt stöd – vägledning för att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård; 2013
- [52] Socialstyrelsen. Det är inte alltid som man tror – vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården; 2013
- [53] Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser; 2018
- [54] Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede – Vägledning, rekommendationer och indikatorer – Stöd för styrning och ledning; 2013
- [55] Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre; Lägesrapport; 2023
- [56] Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hemtjänst och särskilt boende. Enhetsundersökning äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård; 2023
- [57] Socialstyrelsen. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Vägledning för att planera och genomföra arbetet 2023
- [58] Socialstyrelsens termbank <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
- [59] Myndigheten för delaktighet. Äldres delaktighet <https://www.mfd.se/kunskap/ett-samhalle-for-alla/aldres-delaktighet/>
- Infektionsverket, Rikssår, nationellt kvalitetsregister för svårsläta sår [RiksSår](#)
- Senior Alert, nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg www.senioralert.se
- [Svenska Demensregistret – SveDem](#)
- Svenska palliativregistret <https://palliativregistret.se>
- [Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens – BPSD-registret.](#)
- neuroreg.se/media/osvl3cfm/had.pdf
- [GDS-15 – Geriatric Depression Scale](#) [socialstyrelsen.se]
- [GDS 20 \(Geriatric Depression Scale\) - Socialstyrelsen](#)
- Socialstyrelsen.se/publikationer/egenkontroll-av-foljsamhet-till-basala-hygienkrav-och-rutiner--ett-stod-for-punktprevalensmatning-2024-6-9149/
- Folkhalsomyndigheten.se/halt/



§ 76

Delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens verksamhetsplan 2026

Ärendenr 2025/346-3.9.0.1

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna verksamhetsplanens delårsuppföljning januari – augusti 2026.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens delårsuppföljning innehåller förvaltningens beskrivning av periodens resultat och analys kopplat till nämndens mål som är kopplade till kommunfullmäktiges prioriterade målområden *Välfungerande vardag för alla, Trygg i Luleå samt Klimatsmart och naturpositiv*.

Socialnämndens samlade preliminära bedömning för perioden är att måluppfyllelsen utvecklas positivt avseende socialnämndens mål inom alla tre prioriterade målområden;

- Välfungerande vardag för alla
- Trygg i Luleå
- Klimatsmart och naturpositiv

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att godkänna verksamhetsplanens delårsuppföljning januari – augusti 2026.

Sammanträdet

Socialförvaltningen föredrar ärendet.

Beslutsgång

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Delårsuppföljning, januari - augusti 2026 kommer att behandlas av de fackliga företrädarna vid förvaltningens forum för information och förhandling, 2026-10-19.



Beslutsunderlag

- Verksamhetsplanens delårsuppföljning januari - augusti 2025, KLF Hid: 2026.3304
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens verksamhetsplan 2026, SOC Hid: 2026.3213

Förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari - augusti 2026 - Socialnämndens verksamhetsplan 2026

Ärendenr 2025/346-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna verksamhetsplanens delårsuppföljning januari – augusti 2026.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens delårsuppföljning innehåller förvaltningens beskrivning av periodens resultat och analys kopplat till nämndens mål som är kopplade till kommunfullmäktiges prioriterade målområden *Välfungerande vardag för alla, Trygg i Luleå samt Klimatsmart och naturpositiv*.

Socialnämndens samlade preliminära bedömning för perioden är att måluppfyllelsen utvecklas positivt avseende socialnämndens mål inom alla tre prioriterade målområden;

- Välfungerande vardag för alla
- Trygg i Luleå
- Klimatsmart och naturpositiv

Dialog

Delårsuppföljning, januari - augusti 2026 kommer att behandlas av de fackliga företrädarna vid förvaltningens forum för information och förhandling, 2026-10-19.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsplanens delårsuppföljning januari - augusti 2025 (skickas ut inför socialnämndens arbetsutskott)

Anette Hedman
Kvalitetsstrateg

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Kommunstyrelseförvaltningen, Ekonomiavdelningen



Delårsuppföljning, januari-augusti 2026

Socialnämnden

Dokumentnamn	Kategori	Publicerad
Delårsuppföljning Verksamhetsplan, januari - aug 2026	Framåtsyftande	• Evolution

Ärendenummer	Beslutad av	Beslutsdatum	Giltighetstid
2025/346	Socialnämnd	2026-xx-xx	2026-12-31

Dokumentägare	Gäller för
Socialdirektör	Förvaltningens alla verksamheter

Syfte

Socialnämndens delårsuppföljning beskriver utfall av resultat och analys, samt åtgärder som ska genomföras och hur dessa ska bidra till mål som nämnden vill uppnå under 2026. Socialnämndens målstyrning i verksamhetsplanen utgår från ansvar enligt reglementet och är också bidrag till måluppfyllelse av nämndens beslutade kommunövergripande prioriterade målområden som benämns som Välfungerande vardag för alla, Trygg i Luleå och Klimatsmart och naturpositiv.

Uppföljning

Uppföljning av socialnämndens verksamhetsplan sker vid del- och helår.

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Sammanfattning – resultat och bedömning.....	3
1.2 Positiva resultat (ett urval)	3
1.3 Identifierade utmaningar	4
1.4 Åtgärder som ska genomföras eller fortsätta under 2026	5
1.5 Samlad bedömning.....	6
2 Måluppföljning	8
2.1 Prognos måluppfyllelse	8
2.2 Bidrag till program/planer/strategier.....	55
2.3 Bidrag till framdrift inom service.....	55
3 Ekonomisk redovisning	57
3.1 Driftsredovisning med prognos för helår	57
3.2 Investeringsredovisning med prognos för helår.....	57
4 Socialnämndens delårsuppföljning privata utförare, januari - augusti 2026	58

1 Inledning

1.1 Sammanfattning – resultat och bedömning

Socialnämndens samlade bedömning för perioden januari – augusti 2026 är att måluppfyllelsen utvecklas positivt avseende socialnämndens mål och bidrag till tre av de kommunövergripande prioriterade målområden;

- Valfungerande vardag för alla
- Trygg i Luleå
- Klimatsmart och naturpositiv

Tre (3) av nämndens sex (6) mål bedöms vara i hög grad uppfyllda med ökande trend, medan tre (3) områden fortsatt bedöms delvis uppfylld och kräver riktade insatser för ökad måluppfyllelse. Delårsutfallet visar en positiv utveckling kopplade till förebyggande arbete samt flera kvalitetsförbättringar i verksamheterna. Samtidigt kvarstår utmaningar, främst kopplade till målsättningen om kompetensförsörjning, god service, kvalitet och tillgänglighet, samt upplevelsen av måltider och måltidsmiljön inom särskilda boende för äldre.

Delårsuppföljningen för januari–augusti 2026 visar sammantaget att socialnämndens verksamheter utvecklas i positiv riktning inom flera prioriterade områden. Arbetet med tillgänglighet, tidiga och förebyggande insatser, digitalisering, kvalitetsuppföljning samt trygghets- och beredskapsfrågor har stärkts. Flera insatser har gått från planering till genomförande, vilket skapar bättre förutsättningar för ökad kvalitet, rättssäkerhet och mer likvärdiga arbetssätt i verksamheterna.

1.2 Positiva resultat (ett urval)

Flera resultat visar på tydlig framdrift. Arbetet med *En väg in* och utvecklade kontaktvägar har stärkt tillgängligheten och skapat bättre förutsättningar för invånare att få rätt stöd i rätt tid.

Förebyggande insatser för både barn, unga, vuxna och äldre har utvecklats, där exempelvis anhörigstöd, budget- och skuldrådgivning, boendestöd utan individuell behovsprövning och seniorlots. Utöver det har det utvecklats ett förstärkt vräkningsförebyggande arbete, där färre barn berörts av verkställda vräkningar.

Resultatet för det suicidpreventiva arbetet visar på att det har stärkts genom bland annat etablerade rutiner, kompetenshöjande insatser och ökad samverkan.

Socialnämnden får från januari 2026 regelbunden rapportering om synpunkter, klagomål och avvikelser inom samtliga verksamhetsområden. Uppföljningar som genomförts visar en positiv utveckling i den systematiska kvalitetsuppföljningen, där analys av orsaker, brister och åtgärdsbehov har stärkts. Även uppföljningen av synpunkter och klagomål har förbättrats, med ökad registrering, bättre utredningar och tydligare återkoppling. Sammantaget bedöms utvecklingen bidra till stärkt kvalitet, säkerhet och tidig riskidentifiering.

Digitalisering och välfärdsteknik utvecklas genom bland annat digital läkemedelssigenering, digital hemtjänst, sensorteknik, AI-stöd och digitala kontaktvägar. Inom särskilt boende för äldre har måltidsarbetet blivit mer systematiskt och flera konkreta utvecklingsinsatser har genomförts.

Inom arbetsmiljö och kompetensförsörjning syns positiva tendenser genom minskad sjukfrånvaro, som har minskat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Utfallet januari–augusti 2026 är 7,98 %, jämfört med 8,68 % 2025 och 8,58 % 2024.

Under samma period framkommer en ökad frisknärvaro, som har förbättrats jämfört med 2025, men ligger fortfarande under 2024 års nivå. Andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar är 49,05 % 2026, jämfört med 43,26 % 2025 och 59,04 % 2024. För övrigt är det fler tillsvidareanställda, har ökat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Per sista augusti 2026 finns 2 524 tillsvidareanställda, jämfört med 2 448 år 2025.

Personalomsättningen är minskad och utvecklats förstärkta strukturer för introduktion och kompetensutveckling.

När det gäller resultatet gällande inköp av ekologiska livsmedel, överstiger målnivån i både Luleå (särskilt boende för äldre) och Piteå, vilket bidrar till en mer hållbar livsmedelsförsörjning. Resultatet för inköp av lokalproducerade livsmedel (särskilt boende för äldre) ligger däremot något under uppsatta mål, vilket innebär att se över möjligheterna till ytterligare insatser behövs för att öka andelen närproducerade produkter.

1.3 Identifierade utmaningar

Trots den positiva utvecklingen kvarstår flera utmaningar. Kompetensförsörjningen är fortsatt ansträngd inom flera verksamhetsområden och påverkas av konkurrens om arbetskraft, behov av rätt utbildad personal och språkliga förutsättningar.

Antalet visstidsanställningar har ökat kraftigt, vilket kan indikera ett fortsatt beroende av tillfälliga bemanningslösningar. Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro och lägre frisknärvaro än män, och sjukfrånvaron är högst bland äldre medarbetare.

Det finns ett fortsatt behov att stärka likvärdighet i arbetssätt mellan verksamheter, särskilt inom dokumentation, genomförandeplaner, fast omsorgskontakt och mer systematisk kvalitetsuppföljning.

Det systematiska kvalitetsarbetet behöver fortsatt utvecklas inom samtliga verksamheter, särskilt när det gäller analys av trender, orsaker och effekter av genomförda åtgärder. Antalet registrerade synpunkter och klagomål är fortfarande lågt, vilket visar behov av fortsatt arbete med kännedom, följsamhet och återkoppling. Inom det brottsförebyggande arbetet beskrivs riskbilden som mer komplex, vilket ställer ökade krav på samlad lägesbild, gemensam åtgärdsplanering och långsiktig samverkan.

1.4 Åtgärder som ska genomföras eller fortsätta under 2026

Under resterande del av 2026 behöver förvaltningen fortsätta stärka det systematiska kvalitetsarbetet genom fortsatt införande av kvalitetssystemstöd, strukturerade riskanalyser, egenkontroller och regelbunden uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Arbetet med *Framtidens socialtjänst*, insatser utan individuell behovsprövning och *En väg in* behöver fortsätta utvecklas för att öka tillgängligheten och stärka det förebyggande arbetet.

Prioriterade fortsatta åtgärder är också att utveckla kompetensförsörjningsarbetet genom Kompetenscentrum, introduktion, språkutvecklande insatser, fler kompetens- och utbildningsinsatser och förbättrad samordning av vikariehantering.

Kompetensförsörjningen beskrivs fortsatt som utmanande trots ett flertal pågående insatser. Arbeta genomförs för att öka möjligheterna att behålla medarbetare, attrahera nya och ge möjlighet till ett förlängt arbetsliv. Den åldrande personalstrukturen innebär också behov av fortsatt arbete med kompetensöverföring och planering inför kommande pensionsavgångar.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är ett viktigt område att fortsätta utveckla. Arbetet fortsätter även inom ramen för arbetsmiljöprojektet, där insatserna bland annat omfattar Chefoskopet för stärkt ledningsstöd, utbildning i friskfaktorer samt OSA-insatser (organisatorisk och social arbetsmiljö) för chefer och skyddsombud.

Behov av fortsatt kvalitetsutveckling inom äldreomsorg och långsiktigt säkrad kompetens. Inom äldreomsorgen finns områden som fortsatt behöver stärkas, bland annat när det gäller exempelvis brukarinflytande, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter, samt måltidsmiljö i särskilt boende.

Samtidigt kvarstår utmaningar kopplade till bemanning och kompetensförsörjning, där behovet av rätt utbildad personal och tillräckliga språkkunskaper är centralt för att säkerställa kvalitet, trygghet och god kommunikation i omsorgen.

Arbetet fortsätter med att vidareutveckla mätning av matsvinn inom särskilt boende för äldre, stöd från måltidsutvecklare samt kvalitetssäkrade rutiner och egenkontroll för ökad likvärdighet.

Inom digitalisering fortsätter arbetet med digital läkemedelssignering, digital hemtjänst, läkemedelsautomater, AI-stöd och sensorteknik.

Inom trygghets- och brottsförebyggande arbete fortsätter arbetet med samlad lägesbild, åtgärdsplan, säkerhets- och beredskapsarbete samt riktade förebyggande insatser till barn, unga och vårdnadshavare.

Riskbilden inom brottsförebyggandearbetet med lägesbild beskrivs som mer komplex vilket ställer ökade krav på gemensam samordning och åtgärdsplanering i hela kommunen.

1.5 Samlad bedömning

Den samlade bedömningen är att socialnämndens verksamheter har en positiv utveckling och flera målområden rör sig i rätt riktning. Uppföljningen visar på tydlig framdrift inom tillgänglighet, bättre kvalitet, stärkt förebyggande arbete och ökad trygghet för invånare, brukare och anhöriga.

Inom exempelvis äldreomsorgen har flera utvecklingsarbeten gått från planering till praktiskt genomförande. Arbetet med personcentrerad omsorg stärks genom IBIC, genomförandeplaner, fast omsorgskontakt och mer behovsinriktade arbetssätt. Även digital hemtjänst utvecklas för att kunna erbjuda innehåll som motverkar ofrivillig ensamhet bland äldre med hemtjänstinsatser. Till exempel digital sittgymnastik samt bokcirklar i samverkan med biblioteket.

Sammantaget bidrar insatserna till att stödet i större utsträckning anpassas efter den enskildes behov, samtidigt som delaktighet, kontinuitet och livskvalitet stärks.

Samtidigt krävs det en fortsatt styrning, prioritering och uthållighet i hela förvaltningen. Detta för att säkerställa varaktiga effekter, särskilt inom kompetensförsörjning, systematiskt kvalitetsarbete, likvärdighet i arbetssätt, måltidsupplevelse samt uppföljning av nya arbetssätt och digitala lösningar.

Bedömningen är därför att utvecklingen är positiv, men att flera områden fortsatt behöver följas nära och omhändertas genom beslutade och planerade åtgärder under återstoden av 2026.

Sammanfattningsvis bedöms utvecklingen vara positiv. Samtidigt finns flera områden som behöver följas upp och hanteras genom beslutade och planerade åtgärder under resten av 2026.

2 Måluppföljning

Inom ramen av socialnämndens ansvar och uppdrag, enligt reglementet, bidrar nämnden till måluppfyllelse, främst kopplat till kommunfullmäktiges prioriterade områden *Välfungerande vardag för alla*, *Trygg i Luleå* och *Klimatsmart & Naturpositiv*. Socialnämndens målsättningar som anges i verksamhetsplanen är direkt kopplade till ansvaret i välfärdsuppdraget. Det innebär dock inte att nämnden inte bidrar till det tre övriga prioriterade målområdena, *Blomstrande näringsliv*, *Mer Luleå för fler Luleåbor*. Inom förvaltningens verksamheter, pågår olika aktiviteter i samverkan med andra förvaltningar, bolag och externa aktörer, som direkt eller indirekt bidrar till måluppfyllelse till de tre övriga områdena.

Bedömning gällande prognosen till måluppfyllelse vid årets slut utgår utifrån bedömningsskala *ej uppfyllt, delvis uppfyllt, i hög grad uppfyllt, helt uppfyllt, ej utvärderad*. Utöver bedömningsskalan anges även utveckling av trenden, med en pil (uppåt för ökande, horisontellt för oförändrad eller nedåt för minskande).

2.1 Prognos måluppfyllelse

Nämndsmål	Bedömning	Trend
Välfungerande vardag för alla		
Erbjuda en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.		↗
Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet.		↗
Säkerställa och utveckla kompetensförsörjningen för att möta nuvarande och framtida behov.		↗
Främja digital och teknisk utveckling för en modern, tillgänglig och effektiv socialtjänst.		↗
Trygg i Luleå		
Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka välfärdsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap.		↗
Klimatsmart och naturpositiv		
Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan.		↗

Nämndsmål	Bedömning
Välfungerande vardag för alla	
Mål: Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.	
Beskrivning: Socialnämnden ska säkerställa att alla invånare har likvärdig tillgång till socialtjänstens insatser, oavsett kön, ålder, etnicitet, funktionsvariation eller socioekonomisk bakgrund. Genom ett systematiskt arbete med god kvalitet, bemötande och tillgänglighet ska socialtjänsten präglas av rättssäkerhet, respekt och individanpassning. Arbetet ska främja jämlikhet och jämställdhet i både utformning, samt vid utredning och utredning av insatser. Inriktning: Socialtjänstlagens värdegrund ska vara en styrande princip. Socialtjänstens arbete ska utgå från en gemensam värdegrund som säkerställer ett värdigt liv och välbefinnande för brukarna. Detta innebär att alla insatser präglas av respekt, delaktighet och självbestämmande. Värdegrunden fungerar som en etisk kompass och vägledning för medarbetare i det dagliga arbetet och ska genomsyra både bemötande och beslut.	
Kommentar: Socialnämnden bedömer prognosen för målet <i>Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet</i> som delvis uppfyllt och trenden är ökande. Bedömningen utgår dels från årets resultat på det som utvecklats positivt, dels utmaningar som identifierats. Sammanfattningsvis ska förvaltningen fortsätta arbeta systematiskt med att följa upp och förbättra kvaliteten. Målet är att ge god service och god kvalitet till alla som bor eller vistas i Luleå och behöver stöd, vård eller omsorg. En del i det fortsatta kvalitetsarbetet innefattar även att stärka jämställdhetsperspektivet inom fler verksamhetsområden. Ett arbete har bedrivits inom området skadligt bruk och beroende och motsvarande arbete behöver utvecklas inom övriga verksamheter. Detta innebär att förvaltningens samtliga verksamheter behöver förbättra arbetet med att analysera statistik mellan könen, samt där större skillnader framträder, analysera bakomliggande orsaker till det, med syfte att säkra arbetssätt för jämlik- och jämställdhetsperspektivet. Socialförvaltningen har, utifrån principerna i Sveriges bästa service, påbörjat flera insatser för att stärka service, bemötande och tillgänglighet.	

Arbetet omfattar bland annat mer samordnade kontaktvägar, tydligare återkoppling, förbättrad information, digitala lösningar och förebyggande stöd.

Sammantaget bidrar insatserna till att kontakten med socialtjänsten blir enklare, mer begriplig och bättre anpassad efter invånares, brukares och anhörigas behov. Det fortsatta arbetet bör fokusera på att stärka delaktighet, brukarinflytande, informationstillgänglighet och systematisk kvalitetsuppföljning.

Som ett ytterligare led i att stärka det systematiska kvalitetsarbetet kommer en kvalitetsapplikation att implementeras under hösten. Detta innebär ett viktigt utvecklingssteg mot ett enhetligt och förvaltningsövergripande arbetssätt för kvalitet, där fokus ligger på:

- gemensam struktur för riskanalyser och egenkontroller
- tydligare dokumentation (hur, var och när)
- systematisk uppföljning och hantering av resultat

Införandet av applikationen är ett konkret resultat som skapar bättre förutsättningar för styrning, uppföljning och lärande.

Under 2026 får nämnden regelbunden rapportering om synpunkter, klagomål och avvikelser inom samtliga verksamhetsområden. Hittills visar uppföljningen en positiv utveckling där analys av orsaker, brister och åtgärdsbehov har stärkts. Även uppföljningen av synpunkter och klagomål har förbättrats, med ökad registrering och tydligare återkoppling. Antalet registrerade synpunkter och klagomål är fortfarande lågt och därför behöver ett fortsatt arbete göras för att öka kännedomen och följsamheten till rutinerna. Sammantaget bedöms utvecklingen bidra till starkt kvalitet, säkerhet och tidig riskidentifiering.

Arbetet med att stärka barns och ungas trygghet, delaktighet och rätt att bli lyssnade på har fortsatt utvecklats under året. Uppföljningar visar att barnets röst har beaktats i majoriteten av de granskade utredningarna och att flera insatser genomförts för att öka barns inflytande, bland annat genom arbetssätt som Signs of Safety och spridning av goda exempel.

En viktig framgång är framtagandet av ett särskilt placeringsbrev som ger placerade barn tydlig information om sina rättigheter, sin placering och vem de kan kontakta inom socialtjänsten. Verksamheterna har även stärkt tillgänglighet och service genom tydligare kontaktvägar, digitala och fysiska stödformer samt förbättrade möjligheter att lämna synpunkter och klagomål. Uppföljningar visar att majoriteten av vårdnadshavarna upplever ett gott bemötande, god delaktighet och tillräcklig information.

Samtidigt har utvecklingsområden identifierats. Barnsamtal genomförs ännu inte i alla förhandsbedömningar, dokumentationen av information och kontaktuppgifter behöver bli mer enhetlig och vissa vårdnadshavare efterfrågar bättre återkoppling. Det finns även behov av att utveckla mer barnanpassade former för synpunkter och klagomål. För att möta dessa utmaningar fortsätter arbetet med att stärka kunskapen om barnkonventionen, utveckla rutiner för information och dokumentation samt förbättra uppföljningen av barns delaktighet. Sammantaget visar resultaten att flera viktiga steg har tagits för att stärka barns rättigheter, delaktighet och trygghet, samtidigt som ett fortsatt utvecklingsarbete krävs för att säkerställa en likvärdig och rättssäker tillämpning i hela verksamheten.

Klientutvärderingar inom ramen av förebyggande serviceinsatser för vuxna och äldre bedöms i hög grad uppfylla målet om en rättssäker, tillgänglig och kvalitativ service med gott bemötande.

Resultatet av klientutvärderingarna visar att 98 % upplever att de fått ett gott bemötande, 93 % att de fått stöd inom rimlig tid och 97 % att stödet varit till nytta. Även tillgängligheten till information bedöms som god, där 84 % uppger att det varit enkelt att hitta information om verksamheten. Resultatet bekräftar att insatserna inom exempelvis RoS (Råd och Stöd mottagningen), anhörigstöd och Centrum mot våld möter faktiska behov och bidrar till tidigt och tillgängligt stöd.

Inom verksamhetsområdet individ och familjeomsorg (vuxen) har flera framgångsrika åtgärder genomförts för att stärka tillgänglighet och service. Informationsinsatser riktade till olika målgrupper har genomförts, kontaktvägar har utvecklats och samverkan med både interna och externa aktörer har stärkts. Satsningen *En väg in* har bidragit till tydligare information och bättre förutsättningar för medborgare att få rätt stöd i rätt tid. Inom myndighet för äldre har tillgängligheten förbättrats genom biståndshandläggare på hälsocentraler, Seniorlotsen samt informationsinsatser på mötesplatser för äldre såsom exempelvis PRO (Pensionärernas riksorganisation). Även arbetet med rutiner, checklistor och utvecklade digitala kontaktvägar har bidragit till ökad kvalitet och tillgänglighet.

Samtidigt har ett antal utvecklingsområden identifierats.

Informationsspridningen kan stärkas ytterligare för att nå fler medborgare och analyser av könsfördelningen bland de som tagit del av insatserna visar att verksamheten i högre grad når kvinnor än män. Vissa planerade aktiviteter, såsom översyn av hemsidan, översättning av informationsmaterial, har försenats eller pausats. Erfarenheterna från verksamheten visar också att behovet av fysiska kontaktvägar och drop-in-besök fortsatt är stort.

För att möta dessa utmaningar kommer arbetet att fortsätta med utveckling av information, förbättrad extern kommunikation, ökad målgruppsanpassning samt fortsatt utveckling av arbetssätt inom *En väg in*.

Verksamheten kommer även att fortsätta följa upp tillgänglighet, kontaktvägar och klienternas upplevelser för att säkerställa att stödet är lätt att nå, håller hög kvalitet och skapar nytta för medborgarna.

Verksamhetsområde socialpsykiatri (boenden, boendestöd, öppenvård och personlig assistans) har under perioden fortsatt att utveckla kvalitet, tillgänglighet och brukardelaktighet. Arbetet visar flera positiva resultat samtidigt som vissa utvecklingsområden kvarstår.

Framgångar under perioden är att arbetet med synpunkter, klagomål och avvikelshantering har stärkts genom utbildning, dialog och tydligare rutiner.

Inom socialpsykiatrin har flera trygghetsskapande åtgärder genomförts, såsom förbättrad belysning, riskbedömningar och stärkt samverkan med väktarbolag, vilket bidrar till ökad trygghet och trivsel för både brukare och medarbetare.

Brukardelaktighet har också främjats genom aktiviteter som stärker gemenskap och välmående.

Inom öppenvården har en ny E-tjänst införts som gör det möjligt för medborgare att söka stöd direkt via kommunens webbplats, vilket förväntas öka tillgängligheten och förenkla kontakten med verksamheten.

Personlig assistans brukarundersökning (2025) uppvisar ett förbättrat resultat i jämförelse med tidigare år. I enkäten framkommer bland annat en upplevelse av en stärkt service och kvalitet.

Den öppna verksamheten Mötesplats Ekan uppvisar mycket goda resultat i brukarundersökningen och visar genomgående höga betyg. Besöksstatistiken ökar stadigt och nya aktiviteter såsom yoga, mindfulness, träning och ESL-grupper (Ett Självständigt Liv) har införts utifrån besökarnas behov. Många beskriver verksamheten som en central del av vardagen.

Utmaningar inom verksamhetsområdet socialpsykiatri finns främst kopplade till implementeringen av nya arbetssätt. Inom boendestöd, avlösar- och ledsagarservice finns fortsatt behov av stöd i arbetet med bedömning av brukarnas utveckling och måluppfyllelse.

Inom socialpsykiatrin (boenden) kvarstår ett utvecklingsbehov att ytterligare stärka brukardelaktighet och personcentrering i dokumentation och genomförandeplaner.

Inom personlig assistans fortsätter arbetet med att ytterligare förbättra resultaten i brukarundersökningarna.

Planerade åtgärder är att följa upp handlingsplaner utifrån brukarundersökningarnas resultat, fortsätta implementeringen av mål- och kvalitetsuppföljning samt stärka uppföljningen av dokumentation, genomförandeplaner, synpunkter, klagomål och avvikelser. Verksamheterna kommer även att följa upp effekterna av genomförda trygghets- och delaktighetsfrämjande insatser samt utvärdera den nya E-tjänstens påverkan på tillgängligheten.

Sammantaget bedöms verksamheterna inom socialpsykiatri ha tagit flera viktiga steg framåt inom kvalitetsutveckling, tillgänglighet och brukarinflytande.

Inom stöd och serviceverksamheten pågår ett arbete med att se över möjligheten och skapa alternativa sysselsättningar inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), exempelvis sysselsättning inom ett av kommunens vård- och omsorgsboende. Denna form inom daglig verksamhet skapar ökad möjlighet för deltagarna att närma sig ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Inom verksamhetsområde vård och omsorg framkommer att det fortsatt sker ett arbete med att bygga upp strukturer och arbetssätt (ex. förebyggande insatser såsom hälsosamtal med dem som inte har hemtjänstinsatser, fast omsorgskontakt inom vård och omsorgsboende mm), till att i större utsträckning omsätta dem i verksamheternas vardag. Förbättringar syns inom delaktighet, bemötande, aktiviteter, genomförandeplaner och anhörigsamverkan. Arbetet med personcentrerad omsorg har stärkts genom IBIC (Individens behov i centrum), PPP (Praktisk professionell planering) och fast omsorgskontakt. Även kompetensförsörjning, digitalisering och förebyggande arbete har utvecklats.

Arbetet med att utveckla insatser utan behovsbedömning enligt den nya socialtjänstlagen fortsätter. Trygghetslarm har identifierats som en lämplig insats att erbjuda utan individuell behovsbedömning. Syftet är att öka tillgängligheten till stöd, stärka den enskildes trygghet och möjliggöra tidiga förebyggande insatser. Genom befintliga arbetssätt inom trygghetslarmet finns samtidigt goda förutsättningar att fånga upp förändrade behov och vid behov lotsa den enskilde vidare till en behovsprövad insats. Arbetet ligger i linje med socialtjänstlagens intentioner om tidiga, lättillgängliga och personcentrerade insatser.

För att öka trivsel, social gemenskap och aktivitet för boende och besökare på förvaltningens större vård- och omsorgsboenden föreslås en helgöppen caféverksamhet bemannad av gymnasieungdomar att testas under hösten 2026. Initiativet skapar mervärde för äldre samt ger ungdomar en trygg och meningsfull arbetslivserfarenhet.

Sammantaget syns en ökad kvalitet i det vardagsnära arbetet och en tydligare tillämpning av beslutade arbetssätt.

Trots utvecklingen kvarstår skillnader mellan verksamheter när det gäller kvalitet och tillämpning av arbetssätt.

Utmaningar finns fortsatt inom dokumentation, genomförandeplaner, uppföljning och införandet av fast omsorgskontakt. Bemanningssituationen påverkar fortfarande kontinuitet och möjligheten att genomföra utvecklingsinsatser.

Även inom kompetensförsörjning, digitalisering och måltidsarbete finns behov av ökad samordning, kompetensutveckling och mer likvärdiga arbetssätt.

När det gäller nutritionsområdet har det genomförts kartläggningar där det framkommer att det pågår utvecklingsarbete, men också att det finns behov av fortsatt kompetensutveckling och stärkt tvärprofessionell samverkan för att säkerställa en god nutritionsstatus hos äldre. Erfarenheter från verksamheter som utvecklat egna arbetssätt inom näringsstöd visar positiva resultat och ger värdefulla lärdomar för det fortsatta arbetet.

För att skapa en likvärdig och hållbar utveckling krävs fortsatt samverkan mellan chefer, sjuksköterskor, baspersonal och måltidsutvecklare samt en gemensam inriktning på ledningsnivå.

För att stärka genomförandet av redan beslutade arbetssätt och säkerställa en mer likvärdig kvalitet i hela verksamheten genomförs åtgärder såsom exempelvis fortsatt utveckling av dokumentation, uppföljning, fast omsorgskontakt, kompetensförsörjning och digitalisering.

Inom måltidsområdet fortsätter arbetet med egenkontrollprogram, kompetensutveckling och uppföljning av brukar- och personalenkäter för att skapa trygga måltider, god kvalitet och en positiv måltidsupplevelse för brukarna. Arbetet behöver präglas av systematik, uppföljning och långsiktighet för att säkerställa hållbara resultat över tid.

När det gäller förvaltningens handlingsplan för nationella minoriteter, har ett samråd med representanter för nationella minoriteter genomförts, vilket har stärkt dialogen, ökat delaktigheten och bidragit till att identifiera både utvecklingsområden och goda exempel.

En framgångsfaktor har varit arbetet med att tydliggöra förvaltningens ansvar enligt minoritetslagen och den nya socialtjänstlagen, med fokus på rätten till språk, kultur och information. Inom äldreomsorgen utgör den finskspråkiga avdelningen ett gott exempel där språk och kulturella inslag integreras i omsorgen.

Samtidigt finns behov av fortsatt kompetensutveckling, bland annat kring psykisk ohälsa hos samer. För att stärka arbetet kommer förvaltningen inkludera det i den reviderade handlingsplanen för nationella minoriteter för åren 2026–2029, som håller på att tas fram och utöver det kommer regelbundna samråd att fortsätta. Ett arbete pågår även för att uppmärksamma nationella minoriteters högtidsdagar genom kulturellt anpassade måltider, en fråga som för närvarande behandlas i kost- och servicenämnden.

Kronans vård- och omsorgsboende – lägesbild till och med aug 2026:

Utvecklingsarbetet på Kronans vård- och omsorgsboende är pågående och har ett fortsatt fokus på att säkerställa bemanning, kvalitet och kontinuitet.

Genom tidig rekrytering, successiv introduktion av vikarier och ett nära ledarskap har verksamheten genomfört sommaren med god stabilitet och minskad sårbarhet.

Teamledarnas närvaro även under helgerna har bidragit till ökad trygghet, bättre samordning och snabb hantering av uppkomna situationer.

Kronan har dessutom kunnat stötta andra verksamheter med personal under delar av sommaren.

Samtidigt visar medial rapportering att det fortsatt finns utmaningar inom vissa delar av verksamheten. Främst handlar det om kompetensförsörjning, språkkunskaper, delegeringar och att säkerställa en jämn kvalitet mellan samtliga avdelningar.

Sena avhopp under sommaren har periodvis försvårat introduktionen av vikarier enligt plan, även om bemanningen har kunnat upprätthållas.

För att möta dessa utmaningar genomförs flera riktade utvecklingsinsatser under hösten. Bland annat deltar 13 medarbetare i arbetsplatsförlagd språk- och kommunikationsutbildning, tre medarbetare studerar till undersköterska och en medarbetare genomgår handledarutbildning. Verksamheten har även stärkt sin specialistkompetens genom att en medarbetare utbildats till specialistundersköterska.

Utvecklingsarbetet fortsätter också inom digitalisering och kvalitetsutveckling.

Nya digitala larm och sensorer har installerats för att öka tryggheten för de boende och under sommaren har ett nytt arbetssätt testats på några avdelningar, samtidigt som andelen medarbetare med läkemedels- och insulindelegering har ökat.

Dialogen med boende och anhöriga har stärkts genom regelbundna brukarråd och anhängarcaféer. Under hösten planeras dessutom ett helgöppet café i samverkan med ungdomar samt en ny daglig verksamhet. Även nya lokaler för enhetschefer och sjuksköterskor utvecklas för att stärka samverkan och det nära ledarskapet. Arbetet inom ramen av utvecklingsuppdraget presenteras löpande till socialnämnden.

Bebhovsinriktat arbetssätt 2.0 – Stöd i hemmet: Inom ramen för ordförandeuppdraget avseende behovsinriktat arbetssätt inom stöd i hemmet, pågår ett utvecklingsarbete som ska bidra till en mer behovsinriktade verksamhet för brukarna och bidra till att minska upplevelsen av minutstyrning. Med anledning av att arbetssättet behöver bli tydligare och mer lika i alla grupper så utvecklas ett gemensamt arbetssätt. Fokus är att säkerställa att genomförande av insatser planeras utifrån brukarens behov, där målet är att varje brukare har en aktuell genomförandeplan och en fast omsorgskontakt, och att planeringen ändras när behovet ändras. Utvecklingsarbetet ska också stärka samarbetet mellan hemtjänst, hemsjukvård och bistånd.

Kvalitet i vardagen – måltider och miljö: Utvecklingsarbetet inom särskilt boende för äldre omsätts identifierade kvalitetsområden i praktisk verksamhetsutveckling. Till exempel genomförs kompetenshöjande insatser för måltidsombud kring mat, måltidsmiljö och hållbara konsumtionsvanor med målet att stärka både brukarnas livskvalitet och långsiktigt hållbara arbetssätt. Arbetet inom måltidsområdet bedrivs alltmer systematiskt genom utveckling av egenkontrollprogram, dialog med måltidspersonal samt brukar- och personalenkäter. Resultaten används som underlag för den fortsatta utvecklingen av måltidsmiljö, utveckling av meny och arbetssätt.

Ej verkställda gynnande beslut inom särskilt boende för äldre: Arbetet med ej verkställda gynnande beslut, väntetider till särskilt boende och uppföljning av beslut för de som väljer att tacka nej till erbjudande av särskilt boende fortsätter att prioriteras. Minskade väntetider över tid och strukturerad rapportering till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) visar att området hanteras systematiskt, även om det finns en obalans mellan behov och tillgängliga boendeplatser.

Övergångslösning Fyren: Eftersom den planerade sammanhållna korttidsverksamheten på Örnen är försenad genomförs en övergångslösning på Fyren under hösten. Som en övergångslösning i väntan på att en sammanhållen korttidsverksamhet kan öppnas på Örnen, vidtas åtgärder för att försöka minska den nuvarande obalansen.

Nio (9) dubbelrum inom korttidsverksamheten kommer att öppnas, vilket bidrar till att en korttidsavdelning planeras övergå till vård- och omsorgsboendeplatser. Nio (9) korttidsplatser på Midskogen kommer också att planeras till vård- och omsorgsboendeplatser, samt tre (3) platser på korttids i Råneå. Totalt kan 21 platser i särskilt boende erbjudas till väntelistan för de som ansökt och blivit beviljade särskilt boende.

För att samtidigt stärka det förebyggande arbetet och skapa bättre förutsättningar för kvarboende i ordinärt boende utökas verksamheten på Fyren med nio (9) närståendeplatser och i Råneå med en (1) plats, så sammantaget utökas närståendeplatser från fem (5) till 10 platser. Platserna ger stöd och avlastning till anhöriga och bedöms öka tillgängligheten för personer med behov av denna insats.

Parallellt pågår en ombyggnation av de nio (9) beredskapsplatserna på Fyren, där samtliga mattor byts ut för att säkerställa en god arbetsmiljö. Arbetet beräknas vara färdigställt under hösten. Samtidigt utreds möjligheten att öppna dessa platser som en tillfällig lösning fram till dess att den planerade verksamheten på Örnen kan tas i bruk.

Socialnämndens mätetal gällande nationella indikatorerna *Kvalitetsindex Äldreomsorg*, samt *Kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet*, har Kolada/RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) i juni 2026 meddelat att de har förändrat effektivitetsindex 2025 jämfört med beräkningen 2024. Statistiken innehåller nya mått och andra mått har avvecklats och modellerna för att beräkna effektivitetsindexen har därmed setts över och uppdaterats av RKA.

I och med detta går det inte att jämföra nämndens 2025 års resultat med 2024, kopplat till socialnämndens mått avseende dessa kvalitetsindex. För 2025 års resultat placeras kommunernas värden på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst. Luleås kvalitetsindex äldreomsorg hamnar på 17 och Luleås kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet hamnar på 55. För båda områdena saknas data på resultat för riket.

För att bedöma den faktiska kvalitetsutvecklingen utifrån detta, ska respektive berört verksamhetsområde analysera de underliggande indikatorerna och resultat, samt presenteras mer utförligt vid verksamhetsplanens helårsuppföljning 2026.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mätetal	Helår 2025	Utfall aug 2026	Mål 2026
Mål: Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.			
Kvalitetsindex äldreomsorg	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	17 (2025)	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål. (40)
Kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	55 (2025)	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål (62).

Mål: Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet.



Beskrivning:

Socialnämnden ska utveckla och förstärka det förebyggande arbetet som ska nå människor innan problem uppstår eller förvärras.

De tidiga, förebyggande insatserna ska vara kunskapsbaserade och bygga på evidens och beprövad erfarenhet.

Inriktning: Socialtjänstens arbete ska vara mer förebyggande, vilket innebär att insatser ska kunna erbjudas snabbt och enkelt, utan behovsprövning, och att socialtjänsten ska vara lättillgänglig för medborgarna.

De insatser som erbjuds ska främja jämställda levnadsvillkor, anpassas efter individuella förutsättningar och baseras på bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet för att säkerställa att de gör nytta för individen.

Insatserna ska utformas för att nå fler individer och grupper i behov av stöd, med särskilt fokus på att främja psykisk och fysisk hälsa, öka tryggheten i vardagen och förebygga social utsatthet. Arbetet ska ske i samverkan med andra aktörer och utgå från individens behov och livssituation.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättning att *Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet*, i hög grad vara uppfyllt och trenden är ökande.

Arbetet med omställningen till den nya socialtjänstlagen fortskrider enligt plan. Luleå kommun deltar sedan början av 2026 i den nationella lärprocessen som ska stödja socialtjänstens omställning under perioden 2026–2028. Deltagandet har breddats för att stärka förankringen i organisationen och skapa goda förutsättningar för långsiktig utveckling.

Framgångar i omställningsarbetet är att nya arbetssätt och förebyggande insatser redan har införts. Exempel är arbetssättet *En väg in*, som ska göra kontakten med socialtjänsten mer tillgänglig och sammanhållen, samt flera nya insatser utan individuell behovsprövning inom bland annat familjestöd, stöd vid skadligt bruk och beroende samt trygghetslarm. Även nya arbetssätt som biståndshandläggare på hälsocentraler, seniorlots och ett förstärkt vräkningsförebyggande arbete har etablerats. Insatserna stärker möjligheterna till tidigt stöd och ökad tillgänglighet för kommuninvånarna. Samtidigt finns utmaningar.

En central fråga är att utveckla ett systematiskt arbetssätt för uppföljning och analys av socialtjänstens insatser.

Trots att omkring 60 medarbetare genomgått utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) har arbetet med regelbundna uppföljningar ännu inte kommit i gång fullt ut.

Åtgärder framåt omfattar att införa och utveckla systematiska uppföljningar enligt ISU (individbaserad systematisk uppföljning), vilket ger bättre kunskap om verksamheternas resultat och skapar förutsättningar att möta kraven i den nya socialdataregisterlagen. Arbetet ska även bidra till ökad kunskap om hur olika insatser når kvinnor och män, flickor och pojkar, och därmed stärka förutsättningarna för ett mer jämställt och kunskapsbaserat socialt arbete. Genom fortsatt deltagande i lärprocessen och utveckling av nya arbetssätt fortsätter socialförvaltningen omställningen mot en mer förebyggande, tillgänglig och hållbar socialtjänst.

Arbetet utifrån kommunövergripande *Lokal plan för suicidprevention* fortgår i samverkan med andra förvaltningar. Socialförvaltningen är samordningsansvarig och inom socialförvaltningens ansvarsområde utvecklas arbetet med suicidprevention och psykisk hälsa positivt och följer i huvudsak plan. Socialförvaltningen har stärkt det förebyggande arbetet genom etablerade rutiner vid suicidhändelser, ökad intern samverkan och kunskapshöjande insatser.

Arbetet bidrar till bättre förutsättningar för tidig upptäckt, tydligare stöd till berörda verksamheter och ett mer samordnat arbete för invånare som har kontakt med socialtjänstens verksamheter.

Framgångar är att rutiner vid suicidhändelser har etablerats och förankrats inom socialförvaltningen. Det stärker verksamheternas förmåga att agera på ett samlat och tydligt sätt vid allvarliga händelser. Medvetenheten om psykisk ohälsa och suicidprevention har ökat inom berörda delar av förvaltningen, vilket förbättrar möjligheterna till tidig upptäckt, rätt stöd och ökad trygghet i arbetssättet.

Utmaningar är att säkerställa en tydlig och långsiktig styrning av det suicidpreventiva arbetet inom socialförvaltningens verksamheter. Det finns behov av att vidareutveckla uppföljningen för att bättre kunna bedöma vilka insatser som ger störst effekt för målgrupper inom socialnämndens ansvar.

Ansvarsfördelning, gemensamma arbetssätt och indikatorer behöver tydliggöras för att minska risken för att arbetet blir personberoende eller ojämnt mellan verksamheter. Särskild uppmärksamhet behöver fortsatt riktas mot grupper som socialtjänsten möter och som kan ha förhöjd risk för psykisk ohälsa, exempelvis personer i utsatta livssituationer, barn och unga i behov av stöd samt vuxna med komplex social eller psykisk problematik.

Åtgärder framåt är att socialförvaltningen behöver fortsätta förankra och utveckla rutinerna vid suicidhändelser samt säkerställa att berörda verksamheter har kunskap om ansvar, arbetssätt och stödstrukturer.

Förvaltningen bör även stärka uppföljning och analys inom nämndens ansvarsområde genom att tydliggöra mål, ansvar och indikatorer kopplade till suicidprevention och psykisk hälsa.

Fortsatta kunskapshöjande insatser behöver riktas till relevanta chefs- och medarbetargrupper. Samverkan med andra förvaltningar, Regionen och civilsamhället bör fortsatt utvecklas, men med tydlig utgångspunkt i socialnämndens uppdrag och målgrupper. Genom dessa åtgärder stärks förutsättningarna för ett mer systematiskt, likvärdigt och kunskapsbaserat arbete inom socialförvaltningens verksamheter.

Under hösten kommer socialförvaltningen delta, i samverkan med andra aktörer, i samband Ljusmanifestationen i Luleå på Suicidpreventiva dagen den 10 september och i samband med Veckan för psykisk hälsa (oktober), som bidrar också till att synliggöra frågorna och stärka det förebyggande arbetet utifrån nämndens ansvar.

Individ- och familj, barn och unga fortsätter att utveckla det förebyggande arbetet för att nå barn, unga och familjer i ett tidigt skede och erbjuda stöd innan problem förvärras. Arbetet utgår från kunskapsbaserade metoder, stärkt samverkan och ett tydligt fokus på psykisk hälsa, suicidprevention, tillgänglighet och tidiga insatser.

Framgångar är att verksamheten har stärkt kompetensen inom psykisk hälsa och suicidprevention genom utbildningar, gemensamma genomgångar av riktlinjer och utveckling av metodstöd. Detta har ökat medarbetarnas kunskap, trygghet och samsyn i arbetet. Fältverksamheten bedriver ett aktivt uppsökande arbete både i ungdomsmiljöer och via sociala medier, vilket förbättrar möjligheterna att tidigt identifiera barn och unga i behov av stöd. Tillgängligheten har också stärkts genom förbättrad information, utvecklad samverkan med Föräldrasupporten, minskade väntetider inom familjerådgivningen samt ökad användning av digitala stödformer.

Brukarundersökningar visar dessutom hög nöjdhet med bemötande och stödinsatser.

Utmaningar kvarstår i att säkerställa enhetliga arbetssätt och likvärdiga bedömningar i hela verksamheten. Det finns fortsatt behov av tydligare metodstöd, gemensamma rutiner och stärkt systematisk uppföljning för att följa effekterna av genomförda insatser. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga ställer också krav på fortsatt utveckling av tidiga, samordnade och förebyggande insatser. Verksamheten behöver dessutom förbättra möjligheterna att nå grupper som idag är svårare att nå, bland annat pappor och män, för att stärka jämlika och jämställda levnadsvillkor.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt kompetensutveckling inom psykisk hälsa och suicidprevention, bland annat genom utbildning i Mental Health First Aid (MHFA), framtagande av gemensamma checklistor vid suicidhot samt utvecklade lokala vägledningar och rutiner.

Arbetet med att stärka samverkan mellan verksamheter och externa aktörer fortsätter, liksom utvecklingen av gemensamma arbetssätt och metodstöd. Verksamheten kommer även att vidareutveckla tillgängliga och tidiga stödinsatser, stärka uppföljningen av resultat och kvalitet samt fortsätta det uppsökande arbetet för att nå fler barn, unga och familjer i behov av stöd.

Vad gäller det förebyggande arbetet för barn, unga och deras föräldrar fortsätter det att utvecklas genom etablerade samverkansformer mellan socialtjänst, skola, polis, civilsamhälle och andra aktörer. Insatserna syftar till att stärka ungas rättigheter, psykiska hälsa och tillgång till stöd samt att öka föräldrars kunskap och delaktighet.

Arbetet kännetecknas av hög efterfrågan, god samverkan och positiva utvärderingar från både deltagare och professionella.

Framgångar är att arbetet med Kärleken är fri (KÄF) når planerade mål och genomförs på allt fler skolor. Intresset från skolorna är stort och utvärderingar visar genomgående positiva resultat. Samverkansgruppen har utvecklat väl fungerande arbetssätt och har breddats genom att fler aktörer, såsom Rädda Barnen och BRIS (Barnens rätt i samhället), deltar i arbetet. Även Föräldramöten Tillsammans fortsätter att utvecklas med en etablerad struktur och ett tydligt fokus på att stärka föräldrars kunskap om ungas situation, socialtjänstens stöd och det brottsförebyggande arbetet. Föräldrabreven är en väl etablerad informationskanal som uppskattas av vårdnadshavare och bidrar till ökad kunskap om aktuella frågor som berör barn och unga. Arbetet med Veckan för psykisk hälsa har också stärkts genom välbesökta föreläsningar och planerade aktiviteter som når både unga och föräldrar.

Utmaningar finns främst inom samordning, tillgänglighet och långsiktig hållbarhet. KÄF-verksamheten är resurskrävande att planera och genomföra, vilket skapar behov av att fördela samordningsansvaret på fler personer. Inom föräldramötena kvarstår utmaningar att nå alla vårdnadshavare, särskilt familjer med olika språkbakgrund. Föräldrabreven behöver bli mer tillgängliga genom digitala lösningar och förbättrade möjligheter till översättning för att nå fler målgrupper. Samtidigt kräver den ökande efterfrågan på insatser fortsatt utveckling av arbetssätt och samverkansformer.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt genomförande och utveckling av KÄF i ytterligare skolor, införande av Koll på SOC för att öka kunskapen om socialtjänsten bland högstadiel elever samt genomförande av föräldramöten på flera skolor under hösten 2026. En ny webblösning för föräldrabreven kommer att utvecklas för att förbättra tillgänglighet och möjliggöra översättning till fler språk.

Arbetet med att främja psykisk hälsa fortsätter genom höstens Veckan för psykisk hälsa med riktade aktiviteter för elever och föräldrar.

Genom fortsatt samverkan och utveckling av etablerade arbetssätt stärks förutsättningarna för ett långsiktigt, förebyggande och kunskapsbaserat stöd till barn, unga och deras familjer.

Arbetet med tidiga och förebyggande insatser för vuxna fortsätter att utvecklas i linje med socialnämndens mål om att erbjuda stöd i ett tidigt skede och förebygga social utsatthet.

Under perioden har 819 nya ärenden (507 kvinnor och 315 män) hanterats inom verksamheter såsom Råd och stöd mottagningen, RoS, FREDA -mottagningen (för den som blivit utsatt för våld), EQ, - mottagningen (för den som använt eller riskerar att använda våld) budget- och skuldrådgivning, konsumentvägledning, personligt ombud och anhörigstöd. Samtidigt har arbetet stärkts genom förbättrade rutiner, ökad samverkan och utveckling av nya stödformer.

Framgångar är att verksamheten har stärkt förmågan att tidigt identifiera våldsutsatthet, psykisk ohälsa och suicidrisk genom införande av FREDA- och EQ-kort samt utbildningsinsatser. Även det brottsförebyggande arbetet utvecklas genom samordnade insatser i nära samverkan med andra aktörer. Försörjningsenheten har förberett sig inför kommande aktivitetskrav genom utvecklade arbetssätt och metodstöd.

Inom boendområdet har flera lättillgängliga stödinsatser utvecklats, bland annat genom Akutboendet, Träningsboendet och Bostad först.

Projektet NäraÄldre har etablerats och erbjuder tidigt och samordnat stöd till äldre genom biståndshandläggare på hälsocentralerna (Råneå och på Örnäset) och seniorlots.

2025 års resultatet för nämndens mätetal *Verkställda vräkningar/avhysningar som berör barn, antal barn/100 000 invånare* visar att antalet barn som berörts av verkställda vräkningar eller avhysningar har minskat kraftigt mellan 2024 och 2025 – från sex (6) till två (2) barn per 100 000 invånare. Det är en mycket tydlig och positiv utveckling som innebär att färre barn blir berörda vid verkställda vräkningar.

Minskningen visar att kommunens arbete för att förebygga vräkningar av barnfamiljer ger effekt.

Avgörande faktorer bakom utvecklingen är:

- nolltolerans mot avhysningar som berör barn, vilket har lett till snabbare agerande när risker uppstår.
- intensifierade tidiga insatser, som gör att familjer får stöd innan situationen hinner bli akut.
- förbättrade rutiner och stärkt samverkan, både inom socialförvaltningen och tillsammans med hyresvärdar.

Det vräkningsförebyggande arbetet har stärkts med nolltolerans mot avhysningar som berör barn, vilket har bidragit till tidigare insatser, förbättrad samverkan och ökad trygghet för utsatta familjer.

Utmaningar är att många ärenden kännetecknas av komplexa behov där samordning mellan flera aktörer är avgörande för att uppnå goda resultat.

Det vräknings-förebyggande arbetet kräver fortsatt utveckling av samverkan och tidig upptäckt för att motverka hemlöshet och social utsatthet. Även kommande förändringar, såsom aktivitetskravet inom ekonomiskt bistånd, ställer krav på fortsatt utveckling av arbetssätt och stödstrukturer för att säkerställa att individer får rätt stöd och vägledning.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt utveckling av förebyggande och lättillgängliga stödinsatser, stärkt samverkan mellan verksamheter, hyresvärdar och civilsamhälle samt fortsatt implementering av metoder för tidig upptäckt av våldsutsatthet, psykisk ohälsa och suicidrisk.

Det vräkningsförebyggande teamet kommer att vidareutveckla samarbetet med Lulebo och andra hyresvärdar för att tidigt identifiera hyresskulder och erbjuda stödinsatser innan situationen blir akut. Arbetet med NäraÄldre, boendestöd fortsätter, liksom insatser för att öka kunskap om psykisk hälsa och synliggöra tillgängliga stödformer genom aktiviteter i samverkan med civilsamhället.

Socialnämndens mätetal *Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen* framkommer att andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd är fortsatt låg i Luleå (år 2025 0,66 %). 2025 finns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller långvarigt biståndsmottagande (kvinnor 0,67 % och män 0,65 %).

Resultatet är detsamma som 2024(0,66 %) och ligger under riksgenomsnittet år 2025, 0,98 % och år 2024 var riksgenomsnittet 0,99 %. En mindre ökning kan noteras i verksamhetssystemet under första halvåret 2026 jämfört med motsvarande period föregående år. Antalet personer som uppbär ekonomiskt bistånd är fortsatt lågt, men en del individer har behov av stöd under en längre tid.

Orsak till framgången att Luleå fortsatt har en lägre andel långvariga biståndsmottagare än riket, är bland annat för att förvaltningen har ett aktivt samverkansarbete tillsammans med Arbetsförmedlingen, Region Norrbotten och andra aktörer. Genom individanpassade och samordnade insatser skapas förutsättningar för att fler ska kunna närma sig arbete, studier eller annat lämpligt stöd.

Utmaningar är att många av de personer som har långvarigt ekonomiskt bistånd står långt från arbetsmarknaden och ofta har komplexa behov.

Psykisk ohälsa, långvarig sjukskrivning, låg arbetsmarknadsanknytning samt behov av stöd från flera myndigheter utgör vanliga hinder för egen försörjning.

För vissa finns även utmaningar kopplade till utbildningsnivå, arbetsförmåga och social problematik.

Åtgärder för att minska långvarigt biståndsmottagande omfattar fortsatt utveckling av tidiga, samordnade och individanpassade insatser i nära samverkan med berörda aktörer. Arbetet fokuserar på att stärka individens möjligheter till arbete, studier och rätt stöd från ansvariga huvudmän. Införandet av aktivitetskravet bedöms på sikt bidra till ökad aktivitet, starkare arbetsmarknadsanknytning och tidigare identifiering av stödbehov, vilket förväntas minska andelen personer med långvarigt ekonomiskt bistånd.

Socialnämndens mätetal för *Kvalitetsindex ekonomiskt bistånd* är resultatet 30 för Luleå avseende år 2025. I Kolada placeras kommunernas värde på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst. Resultatet av 2025 års mätning i Kolada är inte jämförbar med 2024 års resultat och nämndens lagda målsättning. Detta med anledning av att Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) förändrat beräkningsmodell. För att bedöma den faktiska kvalitetsutvecklingen ska verksamheten analysera de underliggande indikatorerna som presenteras mer utförligt vid verksamhetsplanens helårsuppföljning 2026.

Sammantaget visar individ- och familjeomsorgen (vuxen) en positiv utveckling mot ett mer samordnat, förebyggande och tillgängligt arbetssätt som stärker individers möjligheter till självständighet, förebygger social utsatthet och bidrar till ökad trygghet för kommuninvånarna.

Verksamhetsområdet socialpsykiatri, boendestöd, öppen vård & assistans har under perioden samordnat genomfört flera konkreta förbättringar för att stärka trygghet, tillgänglighet och tidiga förebyggande insatser i linje med ett personcentrerat, jämlikt och jämställt arbetssätt.

Mötesplats Ekan har genom sitt varierade utbud av aktiviteter, utflykter och sociala sammanhang bidragit till att motverka social isolering och stärka gemenskapen bland deltagarna. Delaktighet i planering och möjlighet att skapa nya sociala kontakter har skapat meningsfulla sammanhang och ökad tillhörighet, vilket är viktiga faktorer för psykiskt välbefinnande och suicidprevention.

Under sommaren har aktiviteter såsom utflykt till Klubbviken, besök på Waldorf, Hägnan, yatzy och filmdag, lockat flest deltagare, cirka 15–20 besökare per tillfälle.

Trygghetstelefonen är uppstartad i april 2026.

Trygghetstelefonen för dem som bor i ordinärt boende, utgör detta ett viktigt komplement till övriga insatser genom att öka tillgängligheten till stöd och skapa en extra trygghetsfunktion för brukare som har insats boendestöd. Sedan april är det 16 individer som fått tillgång till trygghetstelefonen.

Boendestöd har totalt 247 brukare, varav 210 med uppdrag och 34 insats utan behovsprövning. Även om användningen hittills varit begränsad bedöms insatsen ha potential att stärka upplevelsen av trygghet och minska känslan av ensamhet och utsatthet, vilket är centrala skyddsfaktorer i det suicidpreventiva arbetet.

Boendestöd har genom införandet av boendestöd utan behovsprövning (IUB) ökat tillgängligheten till stödinsatserna. Under perioden mars till maj inkom ett 30-tal intresseanmälningar och 26 personer påbörjade insatsen, varav 14 kvinnor, 11 män och en (1) ickebinär person. Under samma period inkom nio (9) behovsprövade uppdrag, jämfört med 13 uppdrag under motsvarande period 2025. Verksamheterna ser att fler personer söker boendestöd sedan IUB infördes och bedömer att flera av dessa sannolikt inte skulle ha ansökt om behovsprövat stöd. Flera tidigare brukare har också återkommit efter att avgiften tagits bort. I juni påbörjades även arbetet med att erbjuda IUB för ungdomar i åldern 15–17 år.

Samverkan har fortsatt med familjestöd samt barn- och ungaenheten, både på myndighets- och verkställighetsnivå. Under hösten planeras samverkan med gymnasieskolan och ett samverkansforum med skolan med anledning av målgruppen 15–17 år. Verksamheterna arbetar även med att utveckla familjeorienterat boendestöd (FOBS) och har tillsatt arbetsgrupper för att ta fram arbetssätt och processer inför införandet.

Inom socialpsykiatri har stärkt samverkan, uppdaterade genomförandeplaner och strukturerad planering bidragit till ökad trygghet och tydlighet i stödet. Inom öppenteamet har lågröskelinSATSER utan behovsprövning, exempelvis kvinnogrupp och motivationsgrupp, ökat tillgängligheten och möjliggjort tidigare insatser. Inom socialpsykiatri pågår även ett utvecklingsarbete för att skapa sysselsättningsmöjligheter för personer med skadligt bruk och beroende. Omvärldsbevakning, studiebesök och kontakter med samarbetspartners har genomförts, och planering pågår för att kunna erbjuda insatsen till brukare inom socialpsykiatriens boenden utan krav på biståndsbeslut.

Personlig assistans har påbörjat arbetet med att utveckla och stärka tidiga och förebyggande insatser på ett jämlikt och jämställt sätt.

Öppenteamet har arbetat för att utveckla en mer jämlik och jämställd service genom att öka tillgängligheten och synligheten för verksamhetens insatser.

Informationsinsatser har genomförts kring IUB (Insatser utan individuell behovsprövning), en egen informationsbroschyr har tagits fram och verksamheten har marknadsförts via kommunens sociala medier.

För att nå personer som kan vara i behov av stöd har teamet även påbörjat närvaro på Diakonhusets verksamhet "*Nykter idag*" och planerar fortsatt samverkan under hösten. Sammantaget inom området framkommer att flera insatser är relativt nya och det finns behov av samlad och systematisk uppföljning för att säkerställa att de når rätt målgrupper och ger avsedd effekt.

Januari 2028 kommer den nationella samsjuklighetsreformen träda i kraft för att stärka vården för personer med samsjuklighet: Det vill säga skadligt bruk/beroende i kombination med annan psykiatrisk diagnos. Detta syftar till att skapa en mer enhetlig, samordnad och sammanhållen vård där regionerna får ett tydligare huvudansvar. I och med detta har förvaltningen (samverkan mellan individ- och familjeomsorgen vuxen och socialpsykiatri) påbörjat arbetet med att ta fram en gemensam och sammanhållen process för boende, stöd och sysselsättning för personer med samsjuklighet.

Fokus under våren har legat på att kartlägga vilka stödinsatser som redan finns, både inom socialförvaltningens egna verksamheter och genom samarbete med externa aktörer. Detta har gett en översikt över vilka insatser som erbjuds i dag, vilken målgrupp de riktar sig till och i vilken omfattning de används.

Samtidigt har man identifierat insatser som inte längre är ändamålsenliga, där behoven minskat eller där det finns tydliga glapp i stödkedjan.

Detta utgör en viktig grund för att kunna ta ställning till vad som bör avvecklas, utvecklas eller kompletteras med nya insatser.

Det fortsatta arbetet kommer att innebära fördjupad analys, dialog med berörda verksamheter och framtagande av en tydlig processbeskrivning, med syfte att skapa ett mer strukturerat, behovsanpassat och långsiktigt stöd för målgruppen med samsjuklighet.

Inom verksamhetsområdet stöd och service har fokus under perioden legat på att stärka det suicidförebyggande arbetet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Detta genom ökad kunskap, gemensamma arbetssätt och tidig upptäckt av psykisk och fysisk ohälsa.

Framgångar är att en gemensam plan för kompetensutveckling har tagits fram och att suicidprevention integreras i ordinarie verksamhetsutveckling.

Genom utbildningssatsningar och gemensamma genomgångar skapas förutsättningar för ökad kunskap och en mer likvärdig hantering av frågor som rör psykisk hälsa och förebyggande arbete.

Utmaningar är att säkerställa att kunskapen omsätts i praktiskt arbete och att arbetssätten blir enhetliga i hela verksamheten. Det finns också behov av att stärka medarbetarnas förmåga att tidigt identifiera riskfaktorer och använda befintliga rutiner på ett mer förebyggande och systematiskt sätt.

Åtgärder som genomförs under året är att samtliga medarbetare ska genomgå utbildningen *"Förutse risker för ohälsa inom området funktionsnedsättning"*. Cheferna kommer även att använda framtaget material för kunskapsspridning och dialog på arbetsplatsträffar. Enhetscheferna kommer dessutom att gemensamt behandla materialet i kvalitetsråd för att skapa samsyn och stärka implementeringen. Arbetet ska bidra till att integrera det förebyggande perspektivet i ordinarie verksamhet och stärka förmågan att identifiera och hantera risker för både psykisk och fysisk ohälsa i ett tidigt skede.

Inom verksamhetsområde vård och omsorg är arbetet pågående gällande suicidprevention. Fokus har legat på att stärka kunskapen i organisationen genom utbildningar och informationsinsatser, vilket har bidragit till att suicidprevention i högre grad integrerats i det ordinarie kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

Framgångar är att verksamheten har gått från en inledande kartläggnings- och informationsfas till ett mer aktivt utvecklingsarbete.

Fler verksamheter har tagit del av kompetenshöjande insatser och suicidpreventiva frågor har integrerats i ordinarie forum och processer. Detta har bidragit till ökad kunskap och stärkt förutsättningarna för ett systematiskt förebyggande arbete.

Utmaningar kvarstår då arbetet ännu inte är fullt implementerat i hela organisationen. Kunskapsnivån och genomslaget varierar mellan verksamheter, och det finns fortsatt behov av att skapa likvärdiga förutsättningar för medarbetare att omsätta kunskap i praktisk handling. Behovet av dialog, reflektion och stöd i konkreta situationer är fortfarande stort.

Åtgärder framåt är att fortsätta bredda suicidpreventiva insatser till fler verksamheter, stärka den gemensamma kunskapsnivån och utveckla arbetet till en naturlig del av det ordinarie kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

Kompetensutveckling kommer att kompletteras med forum för dialog och gemensam reflektion, samtidigt som uppföljningen utvecklas för att kunna bedöma effekter och säkerställa ett långsiktigt och hållbart förebyggande arbete.

Inom Digital hemtjänst har digitala gruppträffar införts för att minska ofrivillig ensamhet och öka meningsfullheten för brukare. Varje vecka erbjuds digital sittgymnastik med omkring 15 deltagare per tillfälle samt bokcirklar i samverkan med biblioteket. Arbetet utvecklas vidare genom planerad utökad samverkan kring bibliotekstjänsten "Boken kommer". Brukarna erbjuds även återkommande informationsträffar med olika aktörer, bland annat Äldresupporten och kommunens måltidsutvecklare. Under hösten planeras även informationsinsatser tillsammans med polisen om hur äldre kan skydda sig mot bedrägerier. Satsningen är en del av projektet Digital hemtjänst och syftar till att stärka social delaktighet, hälsa och trygghet för äldre. Insatserna kommer att följas upp och utvärderas som en del av projektets fortsatta utveckling.

Projektet *Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre* har startat i april 2026 med syfte att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre med hemtjänstinsatser. Genom statsbidrag har hälsosamtal genomförts i flera hemtjänstområden, samtidigt som samverkan etablerats med bland annat Äldresupporten, trygghetsvårdar, biståndshandläggare och äldrelots. Under januari t o m juni 2026 har 52 hälsosamtal genomförts, fördelat på 54 % kvinnor, 42 % män och 4 % par. Efter två veckor har ett uppföljande hembesök/samtal genomförts med den enskilde/paret. Informationsinsatser har genomförts i hemtjänstgrupperna och statistik följs löpande upp. Arbetet fortsätter under hösten med hälsosamtal i fler områden, en inspirationsdag i samverkan med Äldresupporten samt utökad samverkan med pensionärsorganisationer, volontärer, bibliotek och trygghetsboenden. Satsningen stärker möjligheterna att tidigt identifiera behov av socialt stöd, öka delaktigheten och minska ensamhet bland äldre. Genom bred samverkan skapas förutsättningar för ett långsiktigt och förebyggande arbete som främjar psykisk hälsa och livskvalitet. För övrigt har Äldresupporten utvecklat det förebyggande och hälsofrämjande arbetet genom hälsosamtal, sociala träffar, digitalt stöd, seniorgympa, finska träffar och sommaraktiviteter. Insatserna har haft god uppslutning och bidragit till ökad social gemenskap, stärkt digital delaktighet och förbättrad möjlighet för äldre att ta del av stöd och aktiviteter utifrån sina behov. Fortsatt arbete behöver fokusera på att bredda kännedomen om Äldresupporten, utveckla informationen till brukare och närstående samt följa upp planerade aktiviteter och nya mötesplatser inför 2027.

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten fortsätter arbetet med att utveckla ett mer evidensbaserat och tidigt/förebyggande arbetssätt.

Inom ramen för hälso- och sjukvårdsverksamhetens satsning "En väg in", pågår framtagande av rutiner för mer jämlika och strukturerade bedömningar för att främja trygga och säkra hemgångar.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mätetal	Helår 2025	Utfall Aug 2026	Mål 2026
Mål: Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet			
Kvalitetsindex ekonomiskt bistånd	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	30	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål (25).
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen	0,66% (2024)	0,66% (2025)	0,60%
Antal verkställda vräkningar/avhysningar som berör barn, antal barn/100 000 inv.	6 (2024)	2	0

Mål: Säkerställa och utveckla kompetensförsörjningen för att möta nuvarande och framtida behov.



Beskrivning:

Socialnämnden ska arbeta strategiskt och långsiktigt för att säkerställa att verksamheterna har rätt kompetens, både idag och i framtiden. Genom att attrahera, behålla och utveckla medarbetare med relevant utbildning och erfarenhet, skapas förutsättningar för en kvalitativ, rättssäker och hållbar socialtjänst.

Fokus ligger på att stärka och utveckla området kompetensförsörjning, arbetsmiljö, ledarskap, samt intern och extern samverkan.

Inriktning: Kommunfullmäktige har i oktober 2025 antagit en

Kompetensförsörjningsstrategi för Luleå kommun. Strategin är framtagen för att möta en minskad tillgång på arbetskraft samtidigt som behoven inom välfärden ökar.

Den slår fast en gemensam riktning för hela kommunen och utgör ett normerande ramverk för nämndernas arbete. Fokus ligger på att bygga en robust organisation som attraherar, utvecklar och behåller den kompetens som krävs – både idag och i framtiden.

Kompetensförsörjningsstrategin utgår från ett aktivt lärandeperspektiv och organisationen behöver ständigt lära sig, anpassa sig och utvecklas i takt med omvärlden. Den är inte en statisk plan utan ett levande ramverk som följer utvecklingen i organisationen och anpassas efter de behov som identifieras över tid. Strategin har följande fokusområden 2025–2028

1. Ökad tillgång till kompetens
2. Stärkt medarbetarskap
3. Hållbara arbetsplatser
4. Effektivt ledarskap
5. Effektiv och hållbar kompetensanvändning
6. Ökad möjlighet att arbeta längre

Socialnämnden avser att omhänderta kompetensförsörjningsstrategin under 2026 genom att identifiera behov av aktiviteter/åtgärder för att säkra området gällande kompetensförsörjning nu och i framtiden, som ska bidra till ett mer hållbart arbetsliv, ett attraktivt arbetsgivarskap och en välfungerande vardag i verksamheterna.

Ett aktivt utvecklande lärande inom ramen för den interna – och externa samverkan är avgörande för att möta förändrade krav, ny teknik, demografiska skiften och nya förväntningar och behov från medborgare och medarbetare. Nämnden kommer följa utvecklingen via kommungemensamma mätetal som kommer vara framtagna inför den första delårsuppföljningen 2026.

Om det också framkommer behov av att följa utvecklingen utifrån lokala mätetal, kommer även dessa finnas med vid såväl delår- som vid helårsuppföljningen.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättning om att *Säkerställa kompetensförsörjningen* för att klara verksamhetens grunduppdrag som delvis uppfyllt och trenden är ökande.

Det bedrivs ett omfattande arbete för att attrahera, rekrytera och behålla kompetent personal, men kompetensförsörjningen är fortsatt utmanande. Ett viktigt utvecklingsområde är uppbyggnaden av ett Kompetenscentrum, som ska samla introduktion, utbildning och nya utbildningsverktyg för att skapa en mer likvärdig och kvalitetssäkrad introduktion för nya medarbetare.

Introduktionen utvecklas med både digitala och praktiska moment inom bland annat basal omvårdnad, förflyttningsteknik och delegering.

Arbetet har ytterligare stärkts genom att socialförvaltningen beviljats 5,25 miljoner kronor från omställningsfonden för projektet *Förlängd introduktion*, vilket ger goda förutsättningar att långsiktigt utveckla introduktions- och kompetensutvecklingsarbetet.

Parallellt pågår ett omfattande utvecklingsarbete inom rekrytering, kommunikation och bemanning.

På kommunövergripande nivå har en utredning för central rekryteringsenhet genomförts, en utbildning i kompetensbaserad rekrytering finns tillgänglig för chefer och arbetet med att utveckla rekryteringsprocesserna fortsätter för att säkerställa hög kvalitet och snabbare tillsättningar.

Kommunikationsinsatserna kommer förstärkas genom utveckling av interna kommunikationskanaler och ett särskilt marknadsföringsnätverk stödjer arbetet med rekrytering och sommarbemanning. För att stärka bemanningsförsörjningen pågår även arbete med att utveckla vikariehanteringen, öka användningen av vikariesystemet Time Care Pool (TCP), utreda möjligheterna till en intern vikariepool med fast anställd personal, samt skapa kandidatbanker och tydligare karriärvägar för att öka den interna rörligheten och behålla kompetens.

Förvaltningen deltar även i kommungemensamma satsningar för att förlänga arbetslivet och skapa fler vägar in i yrket.

Den interna och externa samverkan har stärkts, bland annat genom Kompetenslotsen, och flyttbidrag har bidragit till att attrahera arbetskraft utanför kommunen.

Framgångsfaktorer

- Personalstatistiken gällande hela förvaltningen för perioden (se sid 36–42) visar en positiv utveckling. Sjukfrånvaron har minskat samtidigt som frisknärvaron ökat jämfört med 2025, vilket tyder på en förbättrad arbetssituation för medarbetarna. Antalet tillsvidareanställda har ökat och personalomsättningen minskat, vilket stärker kontinuiteten och förbättrar förutsättningarna för kompetensförsörjning och bemanning.
- Beviljade projektmedel om 5,25 miljoner kronor som möjliggör utveckling av en förlängd introduktion och uppbyggnaden av Kompetenscentrum.
- Fortsatt utveckling av en kvalitetssäkrad och likvärdig introduktion för nya medarbetare.
- Genomförd pilot för central rekryteringsenhet och införande av utbildning i kompetensbaserad rekrytering.
- Stärkt kommunikations- och marknadsföringsarbete för att attrahera framtida medarbetare.
- Ökad samverkan internt och externt för att stärka kompetensförsörjningen.
- Flyttbidrag som bidrar till att rekrytera kompetens från andra orter.

Utmaningar

- Antalet visstidsanställningar har ökat kraftigt, vilket kan indikera ett fortsatt beroende av tillfälliga bemanningslösningar. Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro och lägre frisknärvaro än män, och sjukfrånvaron är högst bland äldre medarbetare.

- Fortsatt konkurrens om arbetskraft inom välfärdsområdet.
- Behov av att säkerställa långsiktig bemanning och minska sårbarheten vid korttidsfrånvaro.
- Utmaningar att behålla och utveckla medarbetare i takt med ökade kompetenskrav.
- Att omsätta planerade utvecklingsinsatser till konkreta och varaktiga förbättringar i verksamheterna.

Åtgärder

- För att säkerställa en långsiktig hållbar utveckling behöver förvaltningen fortsatt fokusera på att minska beroendet av visstidsanställningar, stärka arbetsmiljön och möta framtida kompetensförsörjningsbehov.
- Fortsatt etablering och utveckling av Kompetenscentrum som en sammanhållen struktur för introduktion, utbildning och kompetensutveckling.
- Genomföra *projektet Förlängd introduktion* och säkerställa att erfarenheterna integreras i ordinarie verksamhet.
- Färdigställa och implementera förbättrade rekryteringsprocesser med fokus på kvalitet, effektivitet och kompetensbaserat urval.
- Vidareutveckla vikariehanteringen, utreda egen vikariepool och stärka användningen av Time Care Pool.
- Skapa tydligare karriär- och utvecklingsvägar för att öka intern rörlighet och stärka möjligheterna att behålla medarbetare.
- Fortsätta arbetet med att förlänga arbetslivet och utveckla arbetsmiljö och arbetsvillkor för att möta framtida kompetensförsörjningsbehov.
- Implementering av språkrav: införandet av GERS-nivåer (Gemensam europeisk referensram för språk) och Lingio-lösningen (utbildningsplattform).

Utveckling planeras för yrkessvenska och kompetensutveckling i mobilen och stöd till verksamheterna i och med ny lag om språkrav (infördes 1 juli 2026).

Lagen innebär att verksamhet som bedriver omsorg om äldre personer ska arbeta för att den personal som genomför insatser i sådan omsorg har de kunskaper i svenska som är relevanta för insatsernas genomförande.

Utöver ovan, pågår sedan årsskiftet ett treårigt arbetsmiljöprojekt som innefattar ytterligare insatser i syfte att stärka och säkerställa ett långsiktigt arbete kopplat till kompetensförsörjning.

Socialförvaltningens pågående arbete med att stärka arbetsmiljö, frisknärvaro, hållbart chefs- och medarbetarskap samt förbättrad bemanningsplanering utvecklas i huvudsak enligt plan.

Uppföljningen för perioden visar flera positiva resultat, bland annat minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och ett förstärkt arbete med återhämtning och arbetsmiljöfrämjande insatser för att stärka chefers organisatoriska förutsättningar genom ett ökat handlingsutrymme i schemaprocessen. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt uppföljning och analys, särskilt kopplat till övertid, korttidssjukfrånvaro, förberedelser inför sommarbemanning 2027 samt att säkerställa förväntade positiva effekter av planerade åtgärder.

Det samlade läget bedöms som positivt, men med vissa områden som behöver omhändertas under hösten.

De resultat som hittills kan ses tyder på ökad stabilitet i verksamheterna och förbättrade förutsättningar för en hållbar arbetsmiljö i verksamheter med riktade satsningar.

För att säkerställa långsiktiga effekter behöver arbetet fortsatt följas upp systematiskt, med särskilt fokus på samband mellan sjukfrånvaro, arbetsbelastning, övertid, personalomsättning och chefernas förutsättningar att styra verksamheten.

Framgångar

- Sjukfrånvaron har minskat jämfört med föregående år. Inom enheter på verksamhetsområdet barn och unga har den totala sjukfrånvaron minskat tydligt och den långvariga sjukfrånvaron har reducerats markant och utvecklingen visar ytterligare förbättring jämfört med föregående år.
- Personalomsättningen har minskat. Färre externa avgångar stärker kontinuiteten, minskar rekryteringsbehovet och förbättrar förutsättningarna för kvalitet och stabilitet i verksamheten.
- Arbetsmiljöarbetet har stärkts genom strukturerad uppföljning av återhämtningstid, regelbundna dialoger på arbetsplatsträffar och möten samt stöd från Kommunhälsan kring stress, återhämtning och gemensamma spelregler.
- Arbetet med Chefoskopet startar under hösten och skapar ett mer systematiskt underlag för att stärka chefers organisatoriska förutsättningar.
- Introduktion i friskfaktorarbetet har inletts för chefer och skyddsombud, Kommunhälsan utbildar och handleder.
- Förvaltningen har påbörjat utvecklingen av ett stödpaket för chefer i schemaprocessen, med vägledning, checklistor och nyckeltal som stöd för planering och beslut.

Utmaningar

- Övertiden har ökat i vissa delar av verksamheten barn och unga, vilket kan indikera fortsatt hög arbetsbelastning eller behov av justeringar i bemanning och planering.
- Korttidssjukfrånvaron utgör fortsatt en viktig indikator att följa, särskilt där den står för hela eller en betydande del av sjukfrånvaron.
- Uttaget och rapporteringen av återhämtningstid har påverkats under sommaren, bland annat till följd av semesterperioden och ökad belastning på de medarbetare som varit i tjänst.
- Arbetet med riskanalyser kopplat till helgtjänstgöring, schemaperioder för berörda verksamheter behöver fortsatt samordnas och färdigställas inför kommande förändringar. Frågor om tillämpning och avtal behöver tydliggöras innan slutligt ramverk kan fastställas inför införandet 2027.
- Planeringen inför sommaren 2027 kräver fortsatt analys av bemanningsbehov, rekryteringsinsatser, kandidatupplevelse, sommarförmåner och samverkan med schemastöd.

Åtgärder

- Fortsätta följa sjukfrånvaro över tid och personalomsättning för att tidigt identifiera risker i arbetsmiljön och kunna vidta riktade åtgärder.
- Genomföra ny enkät om återhämtning under september och använda resultatet som underlag för fortsatt förbättringsarbete.
- Fortsätta samverkan med Kommunhälsan kring stress, återhämtning och arbetsmiljö, inklusive utbildningsinsatser och dialoger i arbetsgrupperna.
- Genomföra planerade riskanalyser för helgtjänstgöring, schemaperioder för berörda verksamheter samt säkerställa att resultatet omsätts i tydliga beslut och stödmaterial.
- Utveckla och implementera stödpaketet för chefer i schemaprocessen, med fokus på gemensamma arbetssätt, nyckeltal och verksamhetsanpassat stöd.
- Följa upp Chefoskopet och använda resultaten som grund för prioriterade åtgärder som stärker chefers förutsättningar i samtliga chefsled.
- Sammanställa utvärdering av sommaren 2026, inklusive rekryteringsinsatser och bemanningsprocess, som underlag för planering inför sommaren 2027.
- Genomföra insatser för hållbart arbetsliv, bland annat Job Crafting för medarbetare från 55 år och dialog med pensionerade medarbetare om möjligheter till fortsatt arbete.

Sammanfattningsvis visar förvaltningens arbete en positiv utveckling inom flera centrala områden. Minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och förstärkt arbetsmiljöarbete är viktiga framgångar. De planerade åtgärderna under hösten bedöms ge ett viktigt underlag för fortsatt styrning, prioritering och utveckling inför 2027.

Utöver medverkande i arbetsmiljösatsningen har individ- och familjeomsorg, barn och unga arbetat systematiskt med kompetensutveckling, introduktion och ledarskap för att skapa hållbara arbetsplatser och stärka verksamhetens långsiktiga kompetensförsörjning. Under perioden har flera positiva insatser genomförts, bland annat fortsatt utveckling av forumet *Hållbarhet i socialt arbete*, individuella kompetensplaner, riktade utbildningar samt kvalitetssäkrade introduktionsprocesser med mentorskap. Arbetet bedöms bidra till ökad trygghet, kompetens och hållbarhet för både medarbetare och chefer.

Kvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten stärks genom riktade kompetensutvecklingsinsatser.

En betydande del av statsbidraget används för att utbilda arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom förflyttningsteknik, vilket skapar förutsättningar för fler interna utbildare och en långsiktig kompetensspridning till baspersonal. Medel avsätts även för utbildning inom palliativ vård för medarbetare i den palliativa arbetsgruppen. Dessa medarbetare får därefter i uppdrag att sprida kunskapen vidare genom interna utbildningar och kompetensstöd till kollegor och baspersonal.

För verksamhetsområdet individ- och familj (vuxen) framkommer att den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar aktivt för att stärka och utveckla den långsiktiga kompetensförsörjningen genom fokus på arbetsgivarvarumärke, arbetsmiljö, introduktion och kompetensutveckling.

Bland annat har kompetenshöjande insatser genomförts via Kommunhälsan, Friskfaktorlabbet via Sunt Arbetsliv, Yrkesresan och workshops.

Det verksamhetsövergripande arbetet med *En väg in* har bidragit till ökad samverkan, delaktighet och gemensam utveckling utifrån den nya socialtjänstlagens intentioner. Verksamheten har även breddat rekryteringsbasen till myndighetsutövningen, exempelvis inom försörjningsenheten, för att möta både nuvarande och framtida kompetens- och bemanningsbehov.

Kvarstår behov av fortsatt utveckling för att stärka attraktiviteten som arbetsgivare och säkerställa rätt kompetens över tid.

Verksamheterna inom boendestöd, socialpsykiatri, personlig assistans och öppenteamet arbetar fortsatt strukturerat med kompetensförsörjning genom utvecklade introduktionsprocesser, kompetensutveckling och stärkt samverkan. Introduktionen av nyanställda och vikarier har kvalitetssäkrats genom tydliga introduktionsplaner, checklistor och ett aktivt stöd från samordnarfunktioner.

Flera utbildningsinsatser har genomförts inom bland annat arbete med ungdomar, Yrkesresan, IBIC (Individens behov i centrum) och lågaffektivt bemötande för att stärka kompetensen och kvaliteten i verksamheterna.

Samarbetet mellan verksamheterna har utvecklats och bidrar till ett bättre resursutnyttjande, ökad kontinuitet och förbättrade möjligheter att behålla kompetenta medarbetare och vikarier. Arbetet med riskanalyser, rutiner och handlingsplaner kring hot och våld är väl etablerat och bidrar till ökad trygghet för både brukare och medarbetare. Samtidigt pågår ett aktivt arbete tillsammans med personalavdelningen för att stärka rekryteringen och säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Fortsatt kommer verksamheten mer systematiskt följa upp introduktion, utbildning och återrekrytering för att säkerställa långsiktig kvalitet och kompetensförsörjning. Utöver det också följa upp effekterna av genomförda utbildningsinsatser och hur ny kunskap omsätts i praktiken, samt säkerställa att introduktionsprocesser och arbetssätt är dokumenterade och mindre personberoende.

Verksamheten kommer även fortsätta utveckla kompetens inom prioriterade områden såsom ungdomsstöd, dokumentation, IBIC och bemötandefrågor.

Inom verksamhetsområde stöd och service har arbete med "*lovjobb*" fortsatt, vilket genererat åtta (8) timvikarier varav ett antal som även kunnat få vikariat under sommaren. Områdets satsning på utbildningen Yrkesresan fortsätter och en hög andel av baspersonal har genomfört de olika delarna.

Inom vård och omsorg har arbetet med kompetensförsörjning tagit viktiga steg från planering och struktur till praktiskt genomförande i verksamheterna.

Gemensamma introduktioner, utbildningsplaner, checklistor och tydligare ansvarsfördelning har införts för att säkerställa att medarbetare har rätt kompetens och förutsättningar att utföra sina uppdrag.

Introduktionen har innehållit mer strukturerade introduktionsplaner, praktiska moment och systematisk uppföljning. Kompetensutveckling och handledning har samtidigt stärkts genom riktade utbildningsinsatser och gemensamma lärandeaktiviteter.

Parallellt har arbetet med arbetsmiljö, rehabilitering, frånvarouppföljning och schemaprocesser utvecklats för att skapa hållbara arbetsplatser och stärka möjligheterna att både behålla och rekrytera medarbetare.

Trots den positiva utvecklingen kvarstår flera utmaningar såsom brist på utbildad personal, vakanta tjänster och upplevelse av hög arbetsbelastning inom verksamheterna.

Detta påverkar möjligheterna att fullt ut genomföra introduktion, handledning och kompetensutveckling. Det finns också skillnader mellan verksamheter i hur arbetssätt tillämpas, vilket påverkar likvärdigheten. Därtill kan språkliga utmaningar hos vissa medarbetare påverka möjligheten att ta till sig utbildning och omsätta kunskap i det dagliga arbetet.

Verksamhetsområdet kommer fortsätta utveckla och kvalitetssäkra introduktions- och kompetens-/utbildningsinsatser i samtliga verksamheter, samt överlag stärka arbetet med kompetensförsörjning för att minska sårbarheten kopplat till personalbrist och vakanta tjänster. Öka likvärdigheten genom gemensamma arbetssätt, rutiner och uppföljning mellan verksamheter.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mått nyckeltal sjukfrånvaro	2026	2025	2024
Sjukfrånvaro	7,98%	8,68%	8.58%
Sjukfrånvaro (Kv)	8,63%	9.23%	9.46%
Sjukfrånvaro (M)	5,91%	6,87%	5,66%
Sjukfrånvaro dag 1–14	3,65%	4.23%	3,92%
Sjukfrånvaro dag 1–14 (Kv)	3,74%	4.31%	4.04%
Sjukfrånvaro dag 1–14 (M)	3.37%	3,95%	3.52%
Sjukfrånvaro dag 15+	4.33%	4.46%	4,66%
Sjukfrånvaro dag 15+ (Kv)	4,89%	4,92%	5.43%
Sjukfrånvaro dag 15+ (M)	2.54%	2,92%	2.14%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60	3.18%	3.27%	3.32%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60 (Kv)	3.56%	3,65%	3,87%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60 (M)	1,97%	2.01%	1.48%
Sjukfrånvaro (<= 29 år)	6.55%	7,86%	6.49%
Sjukfrånvaro (30–49 år)	7.53%	7.29%	7.59%
Sjukfrånvaro (>= 50 år)	9.17%	10.57%	10,73%

Tabellen visar utfall för rapporteringsperioden januari-augusti respektive år

Kommentar (Analys) Sjukfrånvaro:

Sjukfrånvaron minskar

Sjukfrånvaron har minskat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Utfallet januari–augusti 2026 är 7,98 %, jämfört med 8,68 % 2025 och 8,58 % 2024. Minskningen syns både i korttidsfrånvaron dag 1–14 och i den längre frånvaron dag 15+.

Korttidsfrånvaron har minskat till 3,65 % 2026, från 4,23 % 2025 och 3,92 % 2024. Även sjukfrånvaro dag 15+ har minskat till 4,33 % 2026, från 4,46 % 2025 och 4,66 % 2024. Sjukfrånvaro från dag 60 ligger också något lägre, 3,18 % 2026 jämfört med 3,27 % 2025 och 3,32 % 2024.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro, men kvinnors frånvaro minskar mest

Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro än män. År 2026 är sjukfrånvaron 8,63 % för kvinnor och 5,91 % för män. Skillnaden är tydlig även i den längre sjukfrånvaron: dag 15+ ligger på 4,89 % för kvinnor och 2,54 % för män, medan sjukfrånvaro från dag 60 ligger på 3,56 % för kvinnor och 1,97 % för män. Samtidigt har kvinnor haft en förbättring över tid, särskilt jämfört med 2024. Män har också lägre sjukfrånvaro 2026 än 2025, men nivån för sjukfrånvaro dag 15+ och från dag 60 är högre än 2024. Det pekar på att männens längre sjukfrånvaro bör följas, även om den totala nivån är lägre än kvinnornas.

Äldre medarbetare är mest sjukfrånvarande

Åldersmönstret visar att gruppen 50 år och äldre har högst sjukfrånvaro, 9,17 % 2026. Det är samtidigt en tydlig förbättring jämfört med 10,57 % 2025 och 10,73 % 2024. Yngre medarbetare, 29 år och yngre, har också lägre sjukfrånvaro 2026 än 2025. Gruppen 30–49 år ligger däremot något högre 2026 än 2025, men lägre än 2024. Sammantaget visar siffrorna en positiv utveckling, men fortsatt behov av riktade insatser för att minska lång sjukfrånvaro, stärka arbetsförmåga över tid och arbeta särskilt med grupper där frånvaron är högst.

Mått frisknärvaro	2026	2025	2024
Andel med 0–7 sjukdagar (%)	49,05%	43,26%	59,04%
Andel kvinnor med 0–7 sjukdagar (%)	46,94%	42,20%	56,82%
Andel män med 0–7 sjukdagar (%)	55,66%	46,77%	66,50%
Andel med 0 sjukdagar (%)	22,87%	18,50%	26,25%

Tabellen visar utfall rullande 12 månaders period

Kommentar (Analys) Frisknärvaro:

Frisknärvaron har förbättrats jämfört med 2025, men ligger fortfarande under 2024 års nivå. Andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar är 49,05 % 2026, jämfört med 43,26 % 2025 och 59,04 % 2024. Det betyder att fler medarbetare har låg sjukfrånvaro än föregående år, samtidigt som organisationen ännu inte är tillbaka på den högre frisknärvaro som fanns 2024.

Skillnaden mellan kvinnor och män är tydlig. År 2026 har 46,94 % av kvinnorna 0–7 sjukdagar, jämfört med 55,66 % av männen. Båda grupperna har förbättrats jämfört med 2025, men båda ligger också under 2024 års nivå. Andelen med 0 sjukdagar har ökat från 18,50 % 2025 till 22,87 % 2026, men är fortfarande lägre än 26,25 procent 2024. Det visar att utvecklingen går åt rätt håll, men att förbättringen främst behöver förstärkas och breddas till fler medarbetare.

Siffrorna för frisknärvaro bekräftar bilden från sjukfrånvarostatistiken. När sjukfrånvaron minskar ökar andelen med låg eller ingen sjukfrånvaro. Samtidigt visar gapet mot 2024 att förbättringen inte enbart bör tolkas som ett färdigt trendbrott. Förvaltningen ska följa om ökningen håller i sig över tid och särskilt analysera vilka verksamheter som lyckas kombinera god bemanning, låg korttidsfrånvaro och hög frisknärvaro.

Mått antal anställda	2026	2025	2024
Tillsvidareanställda totalt	2 524	2 448	2 474
Tv-anställda (Kv) %	76,94%	77,74%	78,29%
Tv-anställda (M) %	23,06%	22,26%	21,71%
Tv-anställda (<=34 år)	27,38%	27,94%	27,61%
Tv-anställda (35–54 år)	44,33%	44,04%	44,58%
Tv-anställda (>=55 år)	28,29%	28,02%	27,81%
Visstidsanställda totalt	580	275	292
Visstidsanställda (Kv) %	67,41%	67,64%	65,41%
Visstidsanställda (M) %	32,59%	32,36%	34,59%
Visstidsanställda (<=34 år)	67,76%	54,18%	57,53%
Visstidsanställda (35–54 år)	21,38%	30,55%	29,45%
Visstidsanställda (>=55 år)	10,86%	15,27%	13,01%
Chefer totalt	140	134	130
Chefer (Kv) %	90,00%	89,55%	89,23%
Chefer (M) %	10,00%	10,45%	10,77%

Tabellen visar antal anställda per sista augusti respektive år

Kommentar (Analys) Antal anställda:

Fler anställda i Socialförvaltningen

Antalet tillsvidareanställda har ökat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Per sista augusti 2026 finns 2 524 tillsvidareanställda, jämfört med 2 448 år 2025 och 2 474 år 2024. Det är en ökning med 76 personer jämfört med 2025 och 50 personer jämfört med 2024. Det tyder på en stärkt grundbemanning, vilket är positivt ur kompetensförsörjningsperspektiv.

Könsfördelningen bland tillsvidareanställda är fortsatt stabil, med en tydlig majoritet kvinnor. Andelen kvinnor är 76,94 % 2026, jämfört med 77,74 % 2025 och 78,29 % 2024. Andelen män har samtidigt ökat svagt till 23,06 %. Det innebär ingen stor förändring, men visar en långsam rörelse mot något jämnare könsfördelning.

Åldersstrukturen bland tillsvidareanställda är mycket stabil. Gruppen 35–54 år är störst och utgör 44,33 % 2026. Gruppen 55 år och äldre utgör 28,29 %, vilket innebär att nästan tre av tio tillsvidareanställda finns i den äldre åldersgruppen. Det gör pensionsplanering, kompetensöverföring och hållbart arbetsliv viktiga frågor även framåt.

Stark ökning av visstidsanställda

Den största förändringen gäller visstidsanställningar. Antalet visstidsanställda har ökat kraftigt till 580 personer 2026, jämfört med 275 år 2025 och 292 år 2024. Det är mer än en fördubbling jämfört med 2025. Ökningen är särskilt tydlig bland yngre visstidsanställda, där gruppen 34 år och yngre utgör 67,76 % 2026. Det kan stärka bemanningen kortsiktigt, men innebär också en risk om organisationen blir mer beroende av tillfälliga anställningar för att klara grunduppdraget.

Chefstäthet

Antalet chefer har ökat från 130 år 2024 till 134 år 2025 och 140 år 2026. Det motsvarar en ökning med 10 chefer sedan 2024, eller 7,7 %. Mellan 2025 och 2026 är ökningen 6 chefer, vilket motsvarar 4,5 %. Under samma period har antalet tillsvidareanställda ökat från 2 474 år 2024 till 2 524 år 2026, en ökning med 50 medarbetare eller 2,0 %. Jämfört med 2025 har antalet tillsvidareanställda ökat med 76 medarbetare, vilket motsvarar 3,1 %. Chefstillväxten är alltså procentuellt större än ökningen av tillsvidareanställda, både jämfört med 2024 och 2025.

Det innebär att antalet medarbetare per chef har minskat något om man ser till tillsvidareanställda. År 2024 gick det cirka 19,0 tillsvidareanställda per chef, jämfört med cirka 18,0 år 2026. Det kan tolkas som att organisationen har något bättre förutsättningar för närmare ledarskap, uppföljning, arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Samtidigt blir bilden annorlunda om visstidsanställda räknas in. Då ökar antalet medarbetare totalt från 2 766 år 2024 till 3 104 år 2026, vilket är en ökning med 338 personer eller 12,2 %. Det är högre än ökningen av chefer. Med både tillsvidareanställda och visstidsanställda inräknade ökar därför antalet medarbetare per chef från cirka 21,3 år 2024 till cirka 22,2 år 2026. Det visar att chefstätheten förbättras i relation till tillsvidareanställda, men inte när den kraftiga ökningen av visstidsanställda också vägs in.

Siffrorna i detta stycke är ett snitt utifrån helheten på förvaltningen, det finns variationer med fler och färre medarbetare per chef.

Mått personalavgångar externt	2026	2025	2024
Tv-anställd %	6.99%	9.11%	8.66%
Tv-anställd (Kv) %	7.26%	8.97%	8.40%
Tv-anställd (M) %	6.10%	9.59%	9.57%

Tabellen visar utfall för rapporteringsperioden januari-augusti respektive år

Kommentar (Analys) Personalomsättning (externa avgångar):

Fler medarbetare väljer att stanna kvar i våra verksamheter

De externa avgångarna bland tillsvidareanställda har minskat tydligt 2026. Utfallet januari–augusti 2026 är 6,99 %, jämfört med 9,11 % 2025 och 8,66 % 2024. Det är en positiv utveckling och innebär att färre tillsvidareanställda lämnar organisationen externt under årets första åtta månader.

Minskningen gäller både kvinnor och män. För kvinnor har externa avgångar minskat till 7,26 % 2026, från 8,97 % 2025 och 8,40 % 2024. För män är minskningen ännu tydligare: 6,10 % 2026, jämfört med 9,59 % 2025 och 9,57 % 2024. Skillnaden mellan kvinnor och män är därmed mindre 2026 än tidigare år.

Sammantaget visar personalomsättningen ett möjligt trendbrott. Lägre externa avgångar stärker förvaltningens möjligheter att behålla kompetens och minska trycket på rekrytering. Samtidigt behöver detta följas tillsammans med ökningen av visstidsanställningar. Om avgångarna minskar samtidigt som grundbemanningen stärks är det en framgång. Om ökningen av visstid däremot främst speglar svårigheter att bemanna ordinarie verksamhet behöver orsakerna analyseras vidare.

Sammanfattande analys

Personalstatistiken visar flera positiva signaler för socialförvaltningen 2026. Sjukfrånvaron minskar, frisknärvaron förbättras jämfört med 2025 och externa avgångar bland tillsvidareanställda går ned. Samtidigt ökar antalet tillsvidareanställda och antalet chefer. Tillsammans tyder detta på att organisationen har fått bättre förutsättningar att behålla kompetens, stärka grundbemanningen och minska delar av det bemanningstryck som påverkar verksamheten.

Den tydligaste positiva kopplingen finns mellan lägre sjukfrånvaro och förbättrad frisknärvaro.

När den totala sjukfrånvaron minskar från 8,68 % 2025 till 7,98 % 2026 ökar också andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar från 43,26 till 49,05 %.

Det visar att fler medarbetare har låg frånvaro, även om nivån fortfarande är lägre än 2024. Förvaltningen verkar alltså ha vänt delar av 2025 års svagare utveckling, men behöver fortsätta följa om förbättringen blir stabil.

En annan viktig koppling är mellan ökad grundbemanning och minskad personalomsättning. Antalet tillsvidareanställda ökar till 2 524 personer 2026, samtidigt som externa avgångar minskar till 6,99 %. Det är en central framgång eftersom lägre personalomsättning minskar behovet av ersättningsrekrytering och ger bättre kontinuitet för både medarbetare, chefer och brukare.

Den största utmaningen är att visstidsanställningarna samtidigt ökar mycket kraftigt, från 275 personer 2025 till 580 personer 2026. Det kan delvis vara en medveten och nödvändig förstärkning, exempelvis för att möta sommarbemanning eller frånvaro. Men det kan också signalera att verksamheten fortfarande är beroende av tillfälliga lösningar.

Skillnaderna mellan kvinnor och män behöver fortsatt uppmärksamhet. Kvinnor har högre sjukfrånvaro, lägre frisknärvaro och något högre externa avgångar 2026 än män. Eftersom förvaltningen är starkt kvinnodominerad får dessa skillnader stor betydelse för helheten. Insatser för arbetsmiljö, återhämtning, rehabilitering och hållbart arbetsliv behöver därför särskilt träffa de yrkesgrupper och verksamheter där kvinnor är många och frånvaron är hög.

Åldersstrukturen visar både stabilitet och risk. Nästan tre av tio tillsvidareanställda är 55 år eller äldre, samtidigt som sjukfrånvaron är högst i åldersgruppen 50 år och äldre. Det gör att kompetensöverföring, anpassningar för ett längre arbetsliv och planering inför pensioner behöver vara en del av den strategiska kompetensförsörjningen. Förvaltningen behöver samtidigt ta tillvara den stora gruppen yngre visstidsanställda som möjlig framtida rekryteringsbas.

Samlad bedömning

2026 visar flera tecken på förbättring. De viktigaste framgångarna är lägre sjukfrånvaro, högre frisknärvaro än 2025, fler tillsvidareanställda och lägre externa avgångar. De viktigaste utmaningarna är den kraftiga ökningen av visstidsanställningar, fortsatt hög sjukfrånvaro bland kvinnor och äldre medarbetare samt behovet av att säkerställa att förbättringarna inte bara är tillfälliga utan leder till långsiktig stabilitet.

Mål: Främja digital och teknisk utveckling för en modern, tillgänglig och effektiv socialtjänst.	
Beskrivning: Socialnämnden ska arbeta för att stärka den digitala och tekniska utvecklingen inom socialtjänsten för att möta framtidens behov. Digitala lösningar ska vara tillgängliga för alla, oavsett funktionsförmåga, digital vana eller språklig bakgrund. Detta ska ske genom att utveckla digitala arbetssätt, förbättra teknisk infrastruktur och främja digital kompetens hos medarbetare, anhöriga och den enskilde. Det ska skapas förutsättningar för en mer tillgänglig, rättssäker och effektiv service. Arbetet ska bidra till ökad kvalitet, bättre samordning och stärkt delaktighet för deltagare/klient/brukare/patient. Inriktning: • Utveckla och implementera socialnämndens digitaliseringsplan. • I samverkan med övriga kommuner i Norrbotten arbeta med försörjningsstrategier i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) projekt Valfärdsteknik. • Inom socialnämndens område samt inom ramen för den kommunövergripande samverkan, fortsätta arbetet med SKR:s Handslag för digitalisering.	
Kommentar: Socialnämnden bedömer prognos för målsättning <i>Utforma och säkerställ arbetssätt och metoder utifrån synsättet digitalt först- fysiskt om det behövs</i>, i hög grad uppfyllt och trenden är ökande. Genom att konsekvent utgå från digitala lösningar som förstahandsval, och endast använda fysiska alternativ där det är nödvändigt, kan verksamheten skapa ett mer effektivt, tryggt och framtidssäkert arbetssätt – både för medarbetare och brukare. Den digitala tekniken ska även ses som en rättighet för brukaren. Inför införande av digitala lösningar behöver personalen få tillräckligt med stöd och utbildning som ett led i att öka kunskapen i det tekniska användandet och för att skapa förståelse för nytta med digitala verktyg. Det är avgörande att medarbetarna ser värdet i de digitala arbetssätten för att det ska bli hållbart över tid. Därför krävs också kontinuerlig information, återkoppling och anpassning utifrån personalens behov och erfarenheter. Utöver detta är det viktigt att följa upp pilotprojekt systematiskt och skala upp de lösningar som fungerar väl, med fokus på både brukarnytta och arbetsmiljö.	

Lärboxar "*Digitala introduktionsmoduler*" har tagits fram för nya medarbetare, där medarbetare får bekanta sig med de digitala verktyg som används i verksamheten. Inom verksamhetsområdet individ- och familjeomsorgen barn och unga har utbildningsinsatser genomförts för chefer.

Parallellt pågår arbete med att utveckla digitala stöd för informationshantering, dokumentation och journalföring samt att identifiera lösningar som kan effektivisera möten, minska handläggningstider och frigöra mer tid för klientnära arbete. Inom familjerätten utreds även möjligheten att erbjuda digitala stöd- och utbildningsinsatser för separerade föräldrar för att stärka tillgången till kvalitetssäkrad information och stöd utifrån barnets bästa.

Socialförvaltningens ledningsgrupp har genomfört en utbildning av AI Sweden med övriga ledningsgrupper inom kommuner utifrån ämnet- Ledningsgruppens roll i AI-resan.

Verksamhetsområde stöd och service deltar i SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) arbete med försörjningsstrategin, vilket innebär att nuvarande användning av digitala hjälpmedel samt framtida behov kartläggs.

Kartläggningen ska ge ett kunskapsbaserat underlag för kommande beslut om investeringar i digitala lösningar och bidra till att utveckla och anpassa verksamhetens arbetssätt för att möta framtida behov på ett effektivt och hållbart sätt. Verksamheten planerar att vara klar med kartläggningen under hösten.

Arbetet med att införa digitala insatser inom vård och omsorg har fortsatt under perioden. En kartläggning har påbörjats för att identifiera vilka insatser som kan erbjudas utan individuell behovsbedömning, där den planerade insatsen *Digital vardagskontakt* utgör ett prioriterat utvecklingsområde. Kriterier och målgrupp för insatsen håller på att tas fram och ett beslutsunderlag bedöms kunna presenteras vid årsskiftet 2026/2027, under förutsättning att den pågående upphandlingen av tekniska lösningar slutförs enligt plan.

Samtidigt har användningen av digitala larm ökat inom vård- och omsorgsboenden. De sensorer som installerats i brukarnas lägenheter ger ett förbättrat stöd i tillsynsarbetet och har bidragit till att vissa arbetsuppgifter, exempelvis tillsyn vid fallrisk, kan utföras mer effektivt.

Sammantaget visar utvecklingen att digitala lösningar successivt stärker både kvaliteten i omsorgen och verksamhetens möjligheter att använda resurserna på ett mer effektivt sätt.

Övriga aktiviteter som pågår 2026:

- hälso- och sjukvårdsverksamheten ska testa en digital konsultation i samverkan med stöd i hemmet i Råneå. Omvärldsbevakning av en annan teknik har startats upp och när det är klart sätter pilotprojektet i gång.
- upphandling av läkemedelsgivare/automater pågår.
- projekt med digital läkemedelssignering (APPVA) har genomförts vid vård- och omsorgsboende samt inom Råneå hemtjänst. Upphandling inför ett breddinförande av digital signering pågår. Pilotprojektet har uppvisat ett positivt resultat i form av minskad andel avvikelser samt stor träffsäkerhet att patienter får sina ordinerade läkemedel i tid.
- utveckling av användandet av Copilot och SVEA samt att socialförvaltningen aktivt deltar i utredning av kommunövergripande satsning på gemensam AI-plattform med drift och underhåll och är med i arbetet kring gemensam målbild och datalager.
- boendestöd testar en digital applikation för möjlighet till videosamtal med brukare.
- inom individ- och familjeomsorgen finns det upprättat fler digitala e-tjänster och digitala mötesformer används mer.
- uppgradera alla äldreboenden med den senaste sensortekniken (larm), vilket också ska generera förändringar i arbetssätt för personalen. Upphandling av sensorteknik till alla andra boendeformer som kommunen ansvarar för ska genomföras.

Socialförvaltningen är med i initiativet *Handslag för digitalisering* som innebär att kommuner och koncernen för SKR (Sveriges kommuner och regioner), går samman om konkreta digitaliseringsinitiativ. Initiativen finns inom områden som socialtjänst, skola, grundläggande infrastrukturella förutsättningar och kompetensförsörjning inom digitalisering.

Utredning kring att implementera mobila trygghetslarm kommer startas under året, kommunövergripande projekt för så kallad digital post inom kommunen pågår samt bevakning av utveckling av nationell gemensam standard för inhämtning av data inom ekonomiskt bistånd.

Trygg i Luleå

Mål: Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka Välfärdsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap.



Beskrivning:

Socialnämnden ska bidra till ett tryggt och säkert samhälle genom tidiga insatser, intern och extern samverkan och med kunskapsbaserade metoder.

Arbetet omfattar även åtgärder för att motverka organiserad Våldsbrottslighet, skydda välfärdssystemet och säkerställa att resurserna når rätt individer. Socialnämnden ansvarar för att säkerställa att barn och unga växer upp under trygga och goda uppväxtförhållanden.

Fokus ska ligga på stärkt social hållbarhet med särskilt fokus på barn och unga, minska riskfaktorer, främja skyddsfaktorer och öka delaktigheten hos barn, unga och andra grupper i utsatta livssituationer.

För att möta ökade krav på trygghet och motståndskraft ska nämnden stärka säkerhets- och beredskapsarbetet inom socialtjänsten. Det innefattar att förebygga risker, hantera risker och säkerställa kontinuitet i verksamheten vid samhällsstörningar.

Inriktning:

- Socialnämnden ska arbeta för att skydda barn och unga från skadliga miljöer och ge dem det stöd de behöver. Genom tidiga och förebyggande insatser kan socialtjänsten stödja barn och unga innan problem växt sig stora. I alla beslut som rör barn och unga, ska barnets bästa alltid beaktas.
- Genom stärkt intern och extern samverkan arbeta för trygghet och säkerhet genom tidiga insatser, samt kartlägga och minska riskfaktorer.
- Utveckla insatser i samverkan, som stärker skyddsfaktorer utifrån identifierad lägesbild.
- Inom ramen av den kommunövergripande samverkan arbeta för en gemensam handlingsplan för Våldsbrottslighet.
- Inom ramen av den kommunövergripande samverkan arbeta för en gemensam riktning för det brottsförebyggande arbetet.
- Inom socialnämndens verksamheter ska ett fortsatt arbete med säkerhetsskyddsanalys genomföras.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättningen *Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka Våldsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap*, som i hög grad uppfyllt och trenden är ökande.

Utifrån samordningsansvaret i Luleå kommun för det brottsförebyggande arbetet utgår bedömningen bland annat från de ökade aktiviteter som genomförs i samverkan med såväl interna som externa samverkansparter.

Socialnämnden svarar enligt reglementet för det brottsförebyggande arbetet som bland annat innebär att förvaltningens brottsförebyggande samordnare är ansvarig för uppgiften att samordna berörda samverkansforum.

För att förebygga brott i Luleå, där intentionen att vara en växande kommun, krävs ett strukturerat och kunskapsbaserat arbete där alla förvaltningar deltar och bidrar utifrån lägesbild av brottsligheten och åtgärdsplaner.

Samverkan med andra myndigheter, organisationer, polisen och andra aktörer är avgörande för att skapa värde utöver vad varje part kan åstadkomma ensam. Inom det brottsförebyggande samverkansarbetet kommer det under hösten beslutas vid strategiskt råd om en samlad lägesbild och åtgärdsplan. Arbetet med åtgärdsplanen följer uppsatta tidsramar. Den reviderade planen för våldsbejakande extremism (VBE), som beslutas under hösten, inkluderas som en bilaga till övergripande lägesbild och åtgärdsplan för brottsförebyggande arbete i kommunen.

Vid arbetet med lägesbilden visar det på en ökad komplexitet avseende kommunens brottsförebyggande arbete. Riskbilderna pekar mot en ökad kapitalomsättning i vårt närområde som riskerar att attrahera kriminella aktörer, vilket kan ta sig uttryck i oseriösa upphandlingar, svart arbetskraft, illegala boenden, prostitution, människohandel och olika former av välfärdsbrottslighet.

Tillika pekar nationell kunskap på att företag i ökande grad fungerar som arenor eller möjliggörare för organiserad brottslighet, vilket innebär konsekvenser för det lokala samhället och våra barn och unga, samtidigt som de ansvariga aktörerna kan vara verksamma långt utanför regionen och landets gränser.

I den lokala statistiken syns flera trender. Anmälningar om hets mot folkgrupp har ökat markant under 2025, liksom rasistiskt klotter i EST-rapporteringen.

Detta indikerar en tilltagande normalisering av främlingsfientliga uttryck, vilket även bekräftas av beredningsgruppens observationer från skolmiljön.

Samtidigt minskar anmälningar om hedersrelaterade brott kraftigt över perioden 2022–2025, men det är oklart om detta beror på faktisk minskning, mörkertal, förändrat rapporteringsbeteende eller försämrad upptäcktsförmåga hos andra aktörer. Kopplingarna mellan hedersnormer, kriminalitet och extremistiska miljöer kvarstår dock som en relevant riskfaktor.

Den industriella utvecklingen, organiserad brottslighet, kommunens växande geostrategiska betydelse, digitaliseringens effekter och nationella trender inom exempelvis våldsbejakande extremism (VBE) riskerar idag direkt eller indirekt negativt påverka situationen för barn och unga.

Under första halvåret 2026 har flera förebyggande insatser genomförts inom områdena spel om pengar, alkohol och drogförebyggande arbete för barn och unga. Arbetet har präglats av bred samverkan mellan kommunens verksamheter, polis, ungdomsmottagning och externa kommunikationsaktörer, med syfte att öka kunskapen om riskbeteenden och stärka det förebyggande stödet till både unga och vårdnadshavare.

Inom området spel om pengar genomfördes en riktad informationskampanj till unga och föräldrar under perioden januari till april. Kampanjen omfattade en särskild informationssida, målgruppsanpassad kommunikation i sociala medier samt informationsmaterial riktat till unga mellan 13 och 20 år. Kampanjen genererade över 106 000 visningar och ledde till 320 besök på informationssidan, vilket visar på en god räckvidd och ett stort genomslag i målgruppen. En informationsfilm i ämnet har även tagits fram och planeras att spridas under hösten.

Inom alkoholområdet genomfördes flera riktade informationsinsatser under våren. Kampanjer riktade till unga och unga vuxna nådde närmare 96 000 visningar och genererade över 300 klick till kommunens stödsida för barn och ungdomar. Även riktade informationsinsatser till föräldrar genomfördes. Fältgruppen har dessutom tillsammans med stadens Systembolag genomfört en antilangningskampanj inför sommaren för att minska ungdomars tillgång till alkohol.

Kommunen fortsätter även det långsiktiga arbetet genom satsningen Blås Grönt, som syftar till att skapa trygga och drogfria ungdomsevenemang. Genom beviljade sociala investeringsmedel kan arbetet utvecklas under en treårsperiod med målet att fler arrangörer ska ansluta sig och att fler ungdomar ska nås av insatsen.

Resultatet från ANDTS-undersökningen (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel) visar att utvecklingen bland ungdomar i Luleå innehåller både positiva och negativa trender. Flera riskbeteenden fortsätter att minska, bland annat användningen av lustgas, sniffning, prestationshöjande kosttillskott och anabola steroider. Rökning med e-cigarett, narkotikaanvändning och lustgasbruk är också fortsatt mindre vanligt i Luleå jämfört med riket. Narkotikaanvändningen ligger överlag på en låg nivå och under riksgenomsnittet.

Samtidigt finns flera utmaningar som kräver fortsatt uppmärksamhet. Efter en längre period av minskad alkoholkonsumtion syns en viss ökning bland både elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2.

Användningen av tobak och nikotin förändras, där snusning ökar särskilt bland tjejer. En mindre ökning av rökning kan också noteras i årskurs 9.

Den mest framträdande negativa utvecklingen är det ökande spelandet om pengar bland killar, där nivåerna är högre än det nationella genomsnittet. Dessutom ses en viss ökning av narkotikaanvändning bland tjejer i årskurs 9.

Framgångsfaktorer

- Stor räckvidd i de digitala informationskampanjerna med sammanlagt över 200 000 visningar.
- God samverkan mellan kommunala verksamheter, ungdomsmottagning, polis, fältverksamhet och kommunikationsaktörer.
- Målgruppsanpassad kommunikation som når både unga och föräldrar.
- Hög digital synlighet och ett tydligt intresse genom antalet besök på stöd- och informationssidor.
- Säkrad långsiktig finansiering för utvecklingen av Blås Grönt genom sociala investeringsmedel.

Utmaningar

- Den ökande problematiken kring spel om pengar bland unga kräver fortsatt uppmärksamhet och förebyggande arbete.
- Att omsätta informationsinsatser till långsiktiga beteendeförändringar hos målgrupperna.
- Behov av att nå fler vårdnadshavare och stärka deras kunskap om riskfyllda beteenden och tidiga varningssignaler.
- Fortsatt behov av att skapa attraktiva och trygga alkohol- och drogfria miljöer för ungdomar.

Åtgärder

- Fortsatt arbete med tidigt förebyggande insatser riktade till barn och unga, ökad kunskap och samverkan mellan skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt andra berörda aktörer.
- Ett särskilt fokus bör riktas mot att motverka spelproblematik och att uppmärksamma de risker som ökad användning av alkohol, tobak och andra substanser kan medföra för ungdomars hälsa, trygghet och framtida livsvillkor.
- Stärkt arbete med att uppmärksamma de könsspecifika skillnader som framträder i undersökningen.
- Fortsätta och utveckla informationsinsatser inom spel om pengar med särskilt fokus på unga och deras vårdnadshavare.
- Sprida den framtagna informationsfilmen om spel om pengar och integrera den i det förebyggande arbetet.
- Fortsätta samverkansinsatser kring alkohol och langning inför riskperioder såsom skolavslutningar och större evenemang.
- Utveckla användningen av Blås Grönt genom att öka antalet arrangemang och deltagande ungdomar.
- Fortsätta följa upp kampanjernas effekter och anpassa insatserna utifrån identifierade behov och trender bland barn och unga.

Socialförvaltningen arbetar för att stärka säkerhets- och beredskapsarbetet inom socialtjänsten för att möta ökade krav på trygghet och motståndskraft. Det innefattar att förebygga risker, hantera risker och säkerställa kontinuitet i verksamheten vid samhällsstörningar.

Framkommer att flertalet aktiviteter genomförs, så som att:

- En mall för Kontinuitetsplaner är upprättad och publicerad i dokumenthanteringssystemet Rutinbanken. Säkerhetssamordnare bokar upp verksamheterna enligt befintlig planering för arbete med RSA (Risk- och sårbarhetsanalys).
- Bedömningar av förändrad verksamhet vid höjd beredskap pågår i och med risk- och sårbarhetsarbetet.
- En kommunövergripande krisövning med fokus på stabsarbete och kriskommunikation har genomförts i början av året med gott resultat.
- Det framtagna materialet för stabsarbete är under revidering. En fortsatt plan finns för stabsutbildning för krisledning och stabsfunktioner under året. Utveckling av krisledningslokal pågår. Ett fortsatt arbete sker med en uppdatering av befintlig kommunikationsplan tillsammans med förvaltningens kommunikatör.
- 30 maj medverkande socialförvaltningen under Totalförsvarsdagen, där socialförvaltningen visade delar av beredskapsmaterialet.
- Luleå och Bodens kommun arbetar tillsammans med Region Norrbotten och med Länsstyrelsen som projektägare med att ta fram ett kunskaps- och inriktningsunderlag för alternativa vårdmiljöer. Syftet är att kapacitets-höja hälso- och sjukvårdens slutenvårdsplatser i det geografiska närområdet i händelse av inträffad eller nära förestående katastrofsituation.

Klimatsmart och naturpositiv

Mål: Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan.



Beskrivning:

Socialnämnden ska verka för att måltider inom socialtjänstens särskilda boenden för äldre ska bidra till goda matvanor, samt att brukarna ska uppleva ökad kvalitet i måltidsupplevelse och måltidsmiljöerna.

Genom hållbara inköp, stärkt samverkan och stöd till lokal ekonomi, ska måltiderna bidra till ökad livsmedelssäkerhet, beredskap och självförsörjningsförmåga.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognos för målsättningen *Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan*, som delvis uppfyllt och trenden är ökande.

Socialnämndens uppdrag är att måltider inom särskilt boende ska bidra till goda matvanor, ökad kvalitet i måltidsupplevelse samt stärkt livsmedelssäkerhet, beredskap och lokal självförsörjning. Verksamheten arbetar strukturerat och målmedvetet med att utveckla måltider inom särskilt boende i linje med uppdraget.

Socialförvaltningens inköp av lokalproducerade livsmedel under perioden april - juni 2026 uppgick till 33,5% och för vård och omsorg, under samma tidsperiod, är inköpen 34%. Det är en nedgång från föregående period med 1%.

Vård och omsorg beställer huvudkomponenten av lunch och middagsmåltiden från Öjebyns produktionskök och deras inköp av lokalproducerade livsmedel uppgår under samma tidsperiod till 17,2% jämfört med totalt inköp för Piteå kommun som uppgår till 17,9%. Sammantaget består vård och omsorgs måltider till 25,6% av lokalproducerade livsmedel.

Socialförvaltningens inköp av ekologiska livsmedel under samma period uppgick till 24,4% och för vård och omsorg under samma tidsperiod är inköpen 24,6%.

Socialförvaltningens inköp är oförändrat medan vård och omsorgs inköp har minskat med 0,6% sedan föregående period.

Inköp av ekologiska livsmedel för Öjebyns produktionskök uppgår under samma tidsperiod till 12,6%, jämfört med totalt inköp för Piteå kommun som uppgår till 12,9%. Sammantaget består vård och omsorgs måltider till 18,6% av ekologiska livsmedel.

Trots att inköpen av lokalproducerade och ekologiska livsmedel har gått ned något jämfört med föregående period är vård och omsorg fortfarande på rätt väg och målet nås både när det gäller lokalproducerat och ekologiskt. Ytterligare en kartläggning genomförs under 2026 för att följa trenden.

Under årets första månader identifierades behov av ökad likvärdighet, fortsatt uppföljning och ett mer gemensamt arbetssätt kring måltidsmiljö, smakupplevelse, konsumtion och minskat matsvinn inom särskilt boende. Under det andra kvartalet har flera åtgärder genomförts för att möta dessa utmaningar. Måltidsutvecklare har deltagit vid planeringsdagar och arbetsplatsträffar för att ge stöd i frågor som rör måltidsklockan, nattfasta, måltidsmiljö och nya arbetssätt.

För att stärka likvärdigheten tas även en gemensam mellanmålsfolder fram.

En framgångsfaktor är att verksamheten gått från analys till genomförande av konkreta utvecklingsinsatser. Enkäter visar att måltiderna i hög grad bidrar till gemenskap och trivsel för de boende, samtidigt som resultaten pekar på variationer mellan olika enheter. För att skapa en mer jämlik måltidsupplevelse fortsätter arbetet med konsumtionsmätningar och framtagande av gemensamt material för måltidsstandard och måltidskultur.

Sammantaget visar resultatet att de identifierade utmaningarna hanteras genom riktade åtgärder och ett fortsatt systematiskt utvecklingsarbete för att stärka måltidsupplevelse, goda matvanor och hållbarheten inom verksamheten. Resultat för mätetal gällande brukarupplevelse av måltid och måltidsmiljön, samt matsvinn, som ingår i benämningen konsumtionsmätningar (följer såväl energiintag som matsvinn) redovisas vid helårsuppföljningen. Ambitionen om ökad konsumtion är tydligt förankrad i verksamheten.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen

Mätetal	Helår 2025	Utfall aug 2026	Mål 2026
Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan			
Brukares (inom särskilt boende för äldre) nöjdhet med måltiderna ska förbättras i jämförelse med föregående års (2025) resultat i nationella brukarundersökningen.	70% (2025)	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	75%
Brukares (inom särskilt boende för äldre) nöjdhet med måltidsmiljön ska förbättras i jämförelse med föregående års (2025) resultat i den nationella brukarundersökningen.	68% (2025)	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	73%
Andel (%) av inhandlade livsmedelsprodukter som är ekologiska - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	24,2% Säbo Luleå 11,4% Piteå	24,6 % Säbo Luleå 12,9 % Piteå 12,6 % Öjebyn	12,30%
Andel (%) av inhandlade livsmedelsprodukter som är lokalproducerade - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	36% Säbo Luleå 19,8% Piteå	34 % Säbo Luleå 17,9 % Piteå 17,2 % Öjebyn	18,7% Piteå
Matsvinn (Kökssvinn) /producerad portion(gram) - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	0,1g	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	0,3g

2.2 Bidrag till program/planer/strategier

Inom ramen av Luleå kommuns plan för Bostadsförsörjningsprogram 2022–2030 arbetar förvaltningen med att:

- uppdatera förvaltningens Bostadsförsörjningsplan LSS som ska gälla 2027–2035
- genomföra en nulägeskartläggning gällande utformning av planerade särskilda boenden för äldre.
- i samverkan på kommunövergripande nivå och inom ramen av utbyggnadsplanen, genomföra ett arbete där lokalförsörjningen ska synliggöras tillsammans med utpekade utvecklingsområden (bostäder och arbetsplatsområden) i kommunen. Detta för att skapa en helhetsbild över den långsiktiga utvecklingen.
- driftsatt en E-tjänst för att säkerställa ärendeflöden kopplat till frågor om lokaler från socialförvaltningens verksamheter. Åtgärden genomförs i syfte att säkerställa att samtliga inkommande ärenden rörande lokaler hanteras via e-tjänsten, i stället för genom flera olika kanaler. Detta ökar möjligheten till ökad kvalitet, effektivitet och ger en bättre överblick och transparens över behoven i verksamheterna, samt att behov och svar på åtgärder blir samlat på ett ställe.

Utöver detta pågår en revidering av socialförvaltningens handlingsplan för minoritetsspråk, vilket grundar sig i från Luleå kommuns övergripande ansvar att främja de nationella minoritetsspråken.

2.3 Bidrag till framdrift inom service

Utifrån de fyra principerna inom projektet Sveriges bästa service har socialförvaltningen tagit flera konkreta steg för att stärka service, bemötande och tillgänglighet för invånare, brukare och anhöriga. Arbetet ska bidra till att kontakten med socialtjänsten blir mer sammanhållen, begriplig och anpassad efter den enskildes behov.

Inom ramen av begreppet service har socialnämnden Riktlinjer för god service, som funnits några år, kommer revideras under hösten 2026.

Första principen om att *Utgå från kundens situation* syns bland annat genom arbetet med En väg in, förebyggande stöd och personcentrerade arbetssätt. Dessa insatser syftar till att den enskilde ska få rätt stöd utifrån sin livssituation utan att behöva förstå socialtjänstens organisatoriska gränser.

Genom tidiga och mer samordnade insatser stärks förutsättningarna för att stödet ska vara relevant, tillgängligt och anpassat efter individens behov.

Andra principen om *Återkoppling* framgår genom utvecklingen av callback-funktioner, förbättrad hantering av synpunkter och klagomål samt olika former av anhörigdialog. Detta innebär att verksamheterna i större utsträckning tar ansvar för att återkomma med tydliga besked och löpande information. Arbetet ska stärka tryggheten för den enskilde och bidrar till ökad delaktighet och tillit i kontakten med socialtjänsten.

Tredje principen om *Förståelse och Orientering* syns i flera informations- och kommunikationsinsatser, exempelvis Koll på Soc, föräldramöten, informationsinsatser inom försörjningsstöd och barnanpassat informationsmaterial. Genom att göra socialtjänstens uppdrag, stödformer och processer mer begripliga blir det lättare för invånare, brukare och anhöriga att veta var de kan vända sig, vilket stöd som finns och vad som händer i kontakten med verksamheten.

Fjärde principen om *Smidigt och Snabbt stöd* framgår genom arbetet med färre kontaktvägar, digitala lösningar, förebyggande insatser utan behovsprövning och minskade väntetider. Exempel som digital hemtjänst, e-tjänster, videosamtal och utvecklade kontaktvägar visar hur förvaltningen arbetar för att minska onödiga steg och göra det enklare att få kontakt och stöd i rätt tid.

Sammantaget visar uppföljningen att socialförvaltningens utvecklingsarbete ligger i linje med projektet Sveriges bästa service. Insatserna ska bidra till högre tillgänglighet, tydligare information, bättre återkoppling och ett mer behovsanpassat stöd.

Det fortsatta arbetet behöver bland annat fokusera på att utveckla brukarinflytande, delaktighet, informationstillgänglighet och systematisk uppföljning för att ytterligare stärka kundupplevelsen och säkerställa en likvärdig och rättssäker socialtjänst.

3 Ekonomisk redovisning

Ekonomisk redovisning presenteras på SNAU och läggs in inför SN

3.1 Driftsredovisning med prognos för helår

Driftsredovisning, mkr	Utfall jan-apr 2026	Utfall jan-apr 2025	Prognos	Budget 2026	Avvikelse 2026
Total summa					

3.1.1 Kommentar till driftsredovisningen

Kommentar utfall

Kommentar prognos

3.2 Investeringsredovisning med prognos för helår

Investeringsredovisning, mkr	Utfall jan- apr 2026	Utfall jan- apr 2025	Prognos	Budget 2026	Avvikelse 2026
Total summa					

3.2.1 Kommentar till investeringsredovisningen

Kommentar utfall

Kommentar prognos

4 Socialnämndens delårsuppföljning privata utförare, januari - augusti 2026

Uppföljning av privata utförare har under perioden genomförts utifrån kontrollmoment i planen för 2026 års uppföljning och insyn av privata utförare. Delårsuppföljning för perioden januari-augusti 2026 presenteras i sin helhet och beslutas i socialnämnden 24 september 2026.

Socialnämndens plan för uppföljning av privata utförare är underordnad kommunfullmäktiges program för privata utförare.

Socialnämndens uppföljningsplan för privata utförare omfattar upphandlade tjänster gällande placering som verksamheter IFO barn och unga, IFO vuxen samt försörjningsenheten genomfört.

Uppföljningen har två övergripande syften:

- Kontrollera att den privata utförarens verksamhet utförs i enlighet med lagstiftning, mål och riktlinjer för verksamheten.
- Utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna.

Sammanfattning

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO Barn och unga och IFO Vuxen anlitat privata utförare när den egna verksamheten inte kunnat tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem har i huvudsak fungerat väl, även om vissa brister har identifierats avseende saknade kvalitetsledningssystem, dokumentation och uppföljning av direktupphandlingar.

Under perioden genomfördes totalt 29 direktupphandlingar, främst till följd av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser. Brister har framför allt identifierats inom dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt rapportering till inköps- och upphandlingsenheten. För att stärka kvaliteten och minska sårbarheten har verksamheten förstärkt arbetet med placerings- och inköpssamordning. Flertalet delegationsbeslut har hanterats enligt gällande rutin och förvarats i diariet, men vissa brister har noterats avseende försenad diarieföring. Allmänhetens insyn bedöms vara säkerställd i huvudsak, även om vissa brister i diarieföringen har identifierats.

När det gäller nyckeltal rapporterades nio (9) sammanbrott inom IFO Barn och unga och 16 sammanbrott inom Vuxenenheten under perioden januari–augusti 2026.

Inga sammanbrott rapporterades inom Försörjningsenheten. Sammantaget bedöms de granskade kontrollmomenten fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus behöver riktas mot dokumentation, diarieföring, delegationshantering och uppföljning av direktupphandlingar för att säkerställa en rättssäker och kvalitetssäkrad process.

Totala kostnader för perioden januari-augusti 2026:

- IFO barn och unga: 45 297 396 kronor
- IFO Vuxen: 7 940 998 kronor

Totalt: 53 783 899 kronor

Övriga avtalssamverkan

Utöver ovan har socialnämnden även avtalssamverkan med Piteå kommun avseende matproduktion till ordinärt och särskilt boende. De har också skett avtalssamverkan med E-nämnden och Region Norrbotten.



Delårsuppföljning, januari-augusti 2026

Socialnämnden

Dokumentnamn	Kategori	Publicerad	
Delårsuppföljning Verksamhetsplan, januari - aug 2026	Framåtsyftande	Evolution	
Ärendenummer	Beslutad av	Beslutsdatum	Giltighetstid
2025/346	Socialnämnd	2026-09-24	2026-12-31
	Dokumentägare	Gäller för	
	Socialdirektör	Förvaltningens alla verksamheter	

Syfte

Socialnämndens delårsuppföljning beskriver utfall av resultat och analys, samt åtgärder som ska genomföras och hur dessa ska bidra till mål som nämnden vill uppnå under 2026. Socialnämndens målstyrning i verksamhetsplanen utgår från ansvar enligt reglementet och är också bidrag till måluppfyllelse av nämndens beslutade kommunövergripande prioriterade målområden som benämns som Välfungerande vardag för alla, Trygg i Luleå och Klimatsmart och naturpositiv.

Uppföljning

Uppföljning av socialnämndens verksamhetsplan sker vid del- och helår.

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Sammanfattning – resultat och bedömning.....	3
1.2 Positiva resultat (ett urval)	3
1.3 Identifierade utmaningar	4
1.4 Åtgärder som ska genomföras eller fortsätta under 2026	5
1.5 Samlad bedömning.....	6
2 Måluppföljning	8
2.1 Prognos måluppfyllelse	8
2.2 Bidrag till program/planer/strategier.....	55
2.3 Bidrag till framdrift inom service.....	55
3 Ekonomisk redovisning	57
3.1 Driftsredovisning med prognos för helår	57
3.2 Investeringsredovisning med prognos för helår.....	59
4 Socialnämndens delårsuppföljning privata utförare, januari - augusti 2026.....	61

1 Inledning

1.1 Sammanfattning – resultat och bedömning

Socialnämndens samlade bedömning för perioden januari – augusti 2026 är att måluppfyllelsen utvecklas positivt avseende socialnämndens mål och bidrag till tre av de kommunövergripande prioriterade målområden;

- Valfungerande vardag för alla
- Trygg i Luleå
- Klimatsmart och naturpositiv

Tre (3) av nämndens sex (6) mål bedöms vara i hög grad uppfyllda med ökande trend, medan tre (3) områden fortsatt bedöms delvis uppfylld och kräver riktade insatser för ökad måluppfyllelse. Delårsutfallet visar en positiv utveckling kopplade till förebyggande arbete samt flera kvalitetsförbättringar i verksamheterna. Samtidigt kvarstår utmaningar, främst kopplade till målsättningen om kompetensförsörjning, god service, kvalitet och tillgänglighet, samt upplevelsen av måltider och måltidsmiljön inom särskilda boende för äldre.

Delårsuppföljningen för januari–augusti 2026 visar sammantaget att socialnämndens verksamheter utvecklas i positiv riktning inom flera prioriterade områden. Arbetet med tillgänglighet, tidiga och förebyggande insatser, digitalisering, kvalitetsuppföljning samt trygghets- och beredskapsfrågor har stärkts. Flera insatser har gått från planering till genomförande, vilket skapar bättre förutsättningar för ökad kvalitet, rättssäkerhet och mer likvärdiga arbetssätt i verksamheterna.

1.2 Positiva resultat (ett urval)

Flera resultat visar på tydlig framdrift. Arbetet med *En väg in* och utvecklade kontaktvägar har stärkt tillgängligheten och skapat bättre förutsättningar för invånare att få rätt stöd i rätt tid.

Förebyggande insatser för både barn, unga, vuxna och äldre har utvecklats, där exempelvis anhörigstöd, budget- och skuldrådgivning, boendestöd utan individuell behovsprövning och seniorlots. Utöver det har det utvecklats ett förstärkt vräkningsförebyggande arbete, där färre barn berörts av verkställda vräkningar.

Resultatet för det suicidpreventiva arbetet visar på att det har stärkts genom bland annat etablerade rutiner, kompetenshöjande insatser och ökad samverkan.

Socialnämnden får från januari 2026 regelbunden rapportering om synpunkter, klagomål och avvikelser inom samtliga verksamhetsområden. Uppföljningar som genomförts visar en positiv utveckling i den systematiska kvalitetsuppföljningen, där analys av orsaker, brister och åtgärdsbehov har stärkts. Även uppföljningen av synpunkter och klagomål har förbättrats, med ökad registrering, bättre utredningar och tydligare återkoppling. Sammantaget bedöms utvecklingen bidra till stärkt kvalitet, säkerhet och tidig riskidentifiering.

Digitalisering och välfärdsteknik utvecklas genom bland annat digital läkemedelssigtering, digital hemtjänst, sensorteknik, AI-stöd och digitala kontaktvägar. Inom särskilt boende för äldre har måltidsarbetet blivit mer systematiskt och flera konkreta utvecklingsinsatser har genomförts.

Inom arbetsmiljö och kompetensförsörjning syns positiva tendenser genom minskad sjukfrånvaro, som har minskat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Utfallet januari–augusti 2026 är 7,98 %, jämfört med 8,68 % 2025 och 8,58 % 2024.

Under samma period framkommer en ökad frisknärvaro, som har förbättrats jämfört med 2025, men ligger fortfarande under 2024 års nivå. Andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar är 49,05 % 2026, jämfört med 43,26 % 2025 och 59,04 % 2024. För övrigt är det fler tillsvidareanställda, har ökat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Per sista augusti 2026 finns 2 524 tillsvidareanställda, jämfört med 2 448 år 2025.

Personalomsättningen är minskad och utvecklats förstärkta strukturer för introduktion och kompetensutveckling.

När det gäller resultatet gällande inköp av ekologiska livsmedel, överstiger målnivån i både Luleå (särskilt boende för äldre) och Piteå, vilket bidrar till en mer hållbar livsmedelsförsörjning. Resultatet för inköp av lokalproducerade livsmedel (särskilt boende för äldre) ligger däremot något under uppsatta mål, vilket innebär att se över möjligheterna till ytterligare insatser behövs för att öka andelen närproducerade produkter.

1.3 Identifierade utmaningar

Trots den positiva utvecklingen kvarstår flera utmaningar. Kompetensförsörjningen är fortsatt ansträngd inom flera verksamhetsområden och påverkas av konkurrens om arbetskraft, behov av rätt utbildad personal och språkliga förutsättningar.

Antalet visstidsanställningar har ökat kraftigt, vilket kan indikera ett fortsatt beroende av tillfälliga bemanningslösningar. Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro och lägre frisknärvaro än män, och sjukfrånvaron är högst bland äldre medarbetare.

Det finns ett fortsatt behov att stärka likvärdighet i arbetssätt mellan verksamheter, särskilt inom dokumentation, genomförandeplaner, fast omsorgskontakt och mer systematisk kvalitetsuppföljning.

Det systematiska kvalitetsarbetet behöver fortsatt utvecklas inom samtliga verksamheter, särskilt när det gäller analys av trender, orsaker och effekter av genomförda åtgärder. Antalet registrerade synpunkter och klagomål är fortfarande lågt, vilket visar behov av fortsatt arbete med kännedom, följsamhet och återkoppling. Inom det brottsförebyggande arbetet beskrivs riskbilden som mer komplex, vilket ställer ökade krav på samlad lägesbild, gemensam åtgärdsplanering och långsiktig samverkan.

1.4 Åtgärder som ska genomföras eller fortsätta under 2026

Under resterande del av 2026 behöver förvaltningen fortsätta stärka det systematiska kvalitetsarbetet genom fortsatt införande av kvalitetssystemstöd, strukturerade riskanalyser, egenkontroller och regelbunden uppföljning av avvikelser, synpunkter och klagomål.

Arbetet med *Framtidens socialtjänst*, insatser utan individuell behovsprövning och *En väg in* behöver fortsätta utvecklas för att öka tillgängligheten och stärka det förebyggande arbetet.

Prioriterade fortsatta åtgärder är också att utveckla kompetensförsörjningsarbetet genom Kompetenscentrum, introduktion, språkutvecklande insatser, fler kompetens- och utbildningsinsatser och förbättrad samordning av vikariehantering.

Kompetensförsörjningen beskrivs fortsatt som utmanande trots ett flertal pågående insatser. Arbeta genomförs för att öka möjligheterna att behålla medarbetare, attrahera nya och ge möjlighet till ett förlängt arbetsliv. Den åldrande personalstrukturen innebär också behov av fortsatt arbete med kompetensöverföring och planering inför kommande pensionsavgångar.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet är ett viktigt område att fortsätta utveckla. Arbetet fortsätter även inom ramen för arbetsmiljöprojektet, där insatserna bland annat omfattar Chefoskopet för stärkt ledningsstöd, utbildning i friskfaktorer samt OSA-insatser (organisatorisk och social arbetsmiljö) för chefer och skyddsombud.

Behov av fortsatt kvalitetsutveckling inom äldreomsorg och långsiktigt säkrad kompetens. Inom äldreomsorgen finns områden som fortsatt behöver stärkas, bland annat när det gäller exempelvis brukarinflytande, social gemenskap och meningsfulla aktiviteter, samt måltidsmiljö i särskilt boende.

Samtidigt kvarstår utmaningar kopplade till bemanning och kompetensförsörjning, där behovet av rätt utbildad personal och tillräckliga språkkunskaper är centralt för att säkerställa kvalitet, trygghet och god kommunikation i omsorgen.

Arbetet fortsätter med att vidareutveckla mätning av matsvinn inom särskilt boende för äldre, stöd från måltidsutvecklare samt kvalitetssäkrade rutiner och egenkontroll för ökad likvärdighet.

Inom digitalisering fortsätter arbetet med digital läkemedelssignering, digital hemtjänst, läkemedelsautomater, AI-stöd och sensorteknik.

Inom trygghets- och brottsförebyggande arbete fortsätter arbetet med samlad lägesbild, åtgärdsplan, säkerhets- och beredskapsarbete samt riktade förebyggande insatser till barn, unga och vårdnadshavare.

Riskbilden inom brottsförebyggandearbetet med lägesbild beskrivs som mer komplex vilket ställer ökade krav på gemensam samordning och åtgärdsplanering i hela kommunen.

1.5 Samlad bedömning

Den samlade bedömningen är att socialnämndens verksamheter har en positiv utveckling och flera målområden rör sig i rätt riktning. Uppföljningen visar på tydlig framdrift inom tillgänglighet, bättre kvalitet, stärkt förebyggande arbete och ökad trygghet för invånare, brukare och anhöriga.

Inom exempelvis äldreomsorgen har flera utvecklingsarbeten gått från planering till praktiskt genomförande. Arbetet med personcentrerad omsorg stärks genom IBIC, genomförandeplaner, fast omsorgskontakt och mer behovsinriktade arbetssätt. Även digital hemtjänst utvecklas för att kunna erbjuda innehåll som motverkar ofrivillig ensamhet bland äldre med hemtjänstinsatser. Till exempel digital sittgymnastik samt bokcirklar i samverkan med biblioteket.

Sammantaget bidrar insatserna till att stödet i större utsträckning anpassas efter den enskildes behov, samtidigt som delaktighet, kontinuitet och livskvalitet stärks.

Samtidigt krävs det en fortsatt styrning, prioritering och uthållighet i hela förvaltningen. Detta för att säkerställa varaktiga effekter, särskilt inom kompetensförsörjning, systematiskt kvalitetsarbete, likvärdighet i arbetssätt, måltidsupplevelse samt uppföljning av nya arbetssätt och digitala lösningar.

Bedömningen är därför att utvecklingen är positiv, men att flera områden fortsatt behöver följas nära och omhändertas genom beslutade och planerade åtgärder under återstoden av 2026.

Sammanfattningsvis bedöms utvecklingen vara positiv. Samtidigt finns flera områden som behöver följas upp och hanteras genom beslutade och planerade åtgärder under resten av 2026.

2 Måluppföljning

Inom ramen av socialnämndens ansvar och uppdrag, enligt reglementet, bidrar nämnden till måluppfyllelse, främst kopplat till kommunfullmäktiges prioriterade områden *Välfungerande vardag för alla*, *Trygg i Luleå* och *Klimatsmart & Naturpositiv*. Socialnämndens målsättningar som anges i verksamhetsplanen är direkt kopplade till ansvaret i välfärdsuppdraget. Det innebär dock inte att nämnden inte bidrar till det tre övriga prioriterade målområdena, *Blomstrande näringsliv*, *Mer Luleå för fler Luleåbor*. Inom förvaltningens verksamheter, pågår olika aktiviteter i samverkan med andra förvaltningar, bolag och externa aktörer, som direkt eller indirekt bidrar till måluppfyllelse till de tre övriga områdena.

Bedömning gällande prognosen till måluppfyllelse vid årets slut utgår utifrån bedömningsskala *ej uppfyllt, delvis uppfyllt, i hög grad uppfyllt, helt uppfyllt, ej utvärderad*. Utöver bedömningsskalan anges även utveckling av trenden, med en pil (uppåt för ökande, horisontellt för oförändrad eller nedåt för minskande).

2.1 Prognos måluppfyllelse

Nämndsmål	Bedömning	Trend
Välfungerande vardag för alla		
Erbjuda en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.		↗
Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet.		↗
Säkerställa och utveckla kompetensförsörjningen för att möta nuvarande och framtida behov.		↗
Främja digital och teknisk utveckling för en modern, tillgänglig och effektiv socialtjänst.		↗
Trygg i Luleå		
Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka välfärdsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap.		↗
Klimatsmart och naturpositiv		
Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan.		↗

Nämndsmål	Bedömning
Välfungerande vardag för alla	
Mål: Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.	
Beskrivning: Socialnämnden ska säkerställa att alla invånare har likvärdig tillgång till socialtjänstens insatser, oavsett kön, ålder, etnicitet, funktionsvariation eller socioekonomisk bakgrund. Genom ett systematiskt arbete med god kvalitet, bemötande och tillgänglighet ska socialtjänsten präglas av rättssäkerhet, respekt och individanpassning. Arbetet ska främja jämlikhet och jämställdhet i både utformning, samt vid utredning och utredning av insatser. Inriktning: Socialtjänstlagens värdegrund ska vara en styrande princip. Socialtjänstens arbete ska utgå från en gemensam värdegrund som säkerställer ett värdigt liv och välbefinnande för brukarna. Detta innebär att alla insatser präglas av respekt, delaktighet och självbestämmande. Värdegrunden fungerar som en etisk kompass och vägledning för medarbetare i det dagliga arbetet och ska genomsyra både bemötande och beslut.	
Kommentar: Socialnämnden bedömer prognosen för målet <i>Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet</i> som delvis uppfyllt och trenden är ökande. Bedömningen utgår dels från årets resultat på det som utvecklats positivt, dels utmaningar som identifierats. Sammanfattningsvis ska förvaltningen fortsätta arbeta systematiskt med att följa upp och förbättra kvaliteten. Målet är att ge god service och god kvalitet till alla som bor eller vistas i Luleå och behöver stöd, vård eller omsorg. En del i det fortsatta kvalitetsarbetet innefattar även att stärka jämställdhetsperspektivet inom fler verksamhetsområden. Ett arbete har bedrivits inom området skadligt bruk och beroende och motsvarande arbete behöver utvecklas inom övriga verksamheter. Detta innebär att förvaltningens samtliga verksamheter behöver förbättra arbetet med att analysera statistik mellan könen, samt där större skillnader framträder, analysera bakomliggande orsaker till det, med syfte att säkra arbetssätt för jämlik- och jämställdhetsperspektivet. Socialförvaltningen har, utifrån principerna i Sveriges bästa service, påbörjat flera insatser för att stärka service, bemötande och tillgänglighet.	

Arbetet omfattar bland annat mer samordnade kontaktvägar, tydligare återkoppling, förbättrad information, digitala lösningar och förebyggande stöd.

Sammantaget bidrar insatserna till att kontakten med socialtjänsten blir enklare, mer begriplig och bättre anpassad efter invånares, brukares och anhörigas behov. Det fortsatta arbetet bör fokusera på att stärka delaktighet, brukarinflytande, informationstillgänglighet och systematisk kvalitetsuppföljning.

Som ett ytterligare led i att stärka det systematiska kvalitetsarbetet kommer en kvalitetsapplikation att implementeras under hösten. Detta innebär ett viktigt utvecklingssteg mot ett enhetligt och förvaltningsövergripande arbetssätt för kvalitet, där fokus ligger på:

- gemensam struktur för riskanalyser och egenkontroller
- tydligare dokumentation (hur, var och när)
- systematisk uppföljning och hantering av resultat

Införandet av applikationen är ett konkret resultat som skapar bättre förutsättningar för styrning, uppföljning och lärande.

Under 2026 får nämnden regelbunden rapportering om synpunkter, klagomål och avvikelser inom samtliga verksamhetsområden. Hittills visar uppföljningen en positiv utveckling där analys av orsaker, brister och åtgärdsbehov har stärkts. Även uppföljningen av synpunkter och klagomål har förbättrats, med ökad registrering och tydligare återkoppling. Antalet registrerade synpunkter och klagomål är fortfarande lågt och därför behöver ett fortsatt arbete göras för att öka kännedomen och följsamheten till rutinerna. Sammantaget bedöms utvecklingen bidra till starkt kvalitet, säkerhet och tidig riskidentifiering.

Arbetet med att stärka barns och ungas trygghet, delaktighet och rätt att bli lyssnade på har fortsatt utvecklats under året. Uppföljningar visar att barnets röst har beaktats i majoriteten av de granskade utredningarna och att flera insatser genomförts för att öka barns inflytande, bland annat genom arbetssätt som Signs of Safety och spridning av goda exempel.

En viktig framgång är framtagandet av ett särskilt placeringsbrev som ger placerade barn tydlig information om sina rättigheter, sin placering och vem de kan kontakta inom socialtjänsten. Verksamheterna har även stärkt tillgänglighet och service genom tydligare kontaktvägar, digitala och fysiska stödformer samt förbättrade möjligheter att lämna synpunkter och klagomål. Uppföljningar visar att majoriteten av vårdnadshavarna upplever ett gott bemötande, god delaktighet och tillräcklig information.

Samtidigt har utvecklingsområden identifierats. Barnsamtal genomförs ännu inte i alla förhandsbedömningar, dokumentationen av information och kontaktuppgifter behöver bli mer enhetlig och vissa vårdnadshavare efterfrågar bättre återkoppling. Det finns även behov av att utveckla mer barnanpassade former för synpunkter och klagomål. För att möta dessa utmaningar fortsätter arbetet med att stärka kunskapen om barnkonventionen, utveckla rutiner för information och dokumentation samt förbättra uppföljningen av barns delaktighet. Sammantaget visar resultaten att flera viktiga steg har tagits för att stärka barns rättigheter, delaktighet och trygghet, samtidigt som ett fortsatt utvecklingsarbete krävs för att säkerställa en likvärdig och rättssäker tillämpning i hela verksamheten.

Klientutvärderingar inom ramen av förebyggande serviceinsatser för vuxna och äldre bedöms i hög grad uppfylla målet om en rättssäker, tillgänglig och kvalitativ service med gott bemötande.

Resultatet av klientutvärderingarna visar att 98 % upplever att de fått ett gott bemötande, 93 % att de fått stöd inom rimlig tid och 97 % att stödet varit till nytta. Även tillgängligheten till information bedöms som god, där 84 % uppger att det varit enkelt att hitta information om verksamheten. Resultatet bekräftar att insatserna inom exempelvis RoS (Råd och Stöd mottagningen), anhörigstöd och Centrum mot våld möter faktiska behov och bidrar till tidigt och tillgängligt stöd.

Inom verksamhetsområdet individ och familjeomsorg (vuxen) har flera framgångsrika åtgärder genomförts för att stärka tillgänglighet och service. Informationsinsatser riktade till olika målgrupper har genomförts, kontaktvägar har utvecklats och samverkan med både interna och externa aktörer har stärkts. Satsningen *En väg in* har bidragit till tydligare information och bättre förutsättningar för medborgare att få rätt stöd i rätt tid. Inom myndighet för äldre har tillgängligheten förbättrats genom biståndshandläggare på hälsocentraler, Seniorlotsen samt informationsinsatser på mötesplatser för äldre såsom exempelvis PRO (Pensionärernas riksorganisation). Även arbetet med rutiner, checklistor och utvecklade digitala kontaktvägar har bidragit till ökad kvalitet och tillgänglighet.

Samtidigt har ett antal utvecklingsområden identifierats.

Informationsspridningen kan stärkas ytterligare för att nå fler medborgare och analyser av könsfördelningen bland de som tagit del av insatserna visar att verksamheten i högre grad når kvinnor än män. Vissa planerade aktiviteter, såsom översyn av hemsidan, översättning av informationsmaterial, har försenats eller pausats. Erfarenheterna från verksamheten visar också att behovet av fysiska kontaktvägar och drop-in-besök fortsatt är stort.

För att möta dessa utmaningar kommer arbetet att fortsätta med utveckling av information, förbättrad extern kommunikation, ökad målgruppsanpassning samt fortsatt utveckling av arbetssätt inom *En väg in*.

Verksamheten kommer även att fortsätta följa upp tillgänglighet, kontaktvägar och klienternas upplevelser för att säkerställa att stödet är lätt att nå, håller hög kvalitet och skapar nytta för medborgarna.

Verksamhetsområde socialpsykiatri (boenden, boendestöd, öppenvård och personlig assistans) har under perioden fortsatt att utveckla kvalitet, tillgänglighet och brukardelaktighet. Arbetet visar flera positiva resultat samtidigt som vissa utvecklingsområden kvarstår.

Framgångar under perioden är att arbetet med synpunkter, klagomål och avvikelshantering har stärkts genom utbildning, dialog och tydligare rutiner.

Inom socialpsykiatrin har flera trygghetsskapande åtgärder genomförts, såsom förbättrad belysning, riskbedömningar och stärkt samverkan med väktarbolag, vilket bidrar till ökad trygghet och trivsel för både brukare och medarbetare.

Brukardelaktighet har också främjats genom aktiviteter som stärker gemenskap och välmående.

Inom öppenvården har en ny E-tjänst införts som gör det möjligt för medborgare att söka stöd direkt via kommunens webbplats, vilket förväntas öka tillgängligheten och förenkla kontakten med verksamheten.

Personlig assistans brukarundersökning (2025) uppvisar ett förbättrat resultat i jämförelse med tidigare år. I enkäten framkommer bland annat en upplevelse av en stärkt service och kvalitet.

Den öppna verksamheten Mötesplats Ekan uppvisar mycket goda resultat i brukarundersökningen och visar genomgående höga betyg. Besöksstatistiken ökar stadigt och nya aktiviteter såsom yoga, mindfulness, träning och ESL-grupper (Ett Självständigt Liv) har införts utifrån besökarnas behov. Många beskriver verksamheten som en central del av vardagen.

Utmaningar inom verksamhetsområdet socialpsykiatri finns främst kopplade till implementeringen av nya arbetssätt. Inom boendestöd, avlösar- och ledsagarservice finns fortsatt behov av stöd i arbetet med bedömning av brukarnas utveckling och måloppfyllelse.

Inom socialpsykiatrin (boenden) kvarstår ett utvecklingsbehov att ytterligare stärka brukardelaktighet och personcentrering i dokumentation och genomförandeplaner.

Inom personlig assistans fortsätter arbetet med att ytterligare förbättra resultaten i brukarundersökningarna.

Planerade åtgärder är att följa upp handlingsplaner utifrån brukarundersökningarnas resultat, fortsätta implementeringen av mål- och kvalitetsuppföljning samt stärka uppföljningen av dokumentation, genomförandeplaner, synpunkter, klagomål och avvikelser. Verksamheterna kommer även att följa upp effekterna av genomförda trygghets- och delaktighetsfrämjande insatser samt utvärdera den nya E-tjänstens påverkan på tillgängligheten.

Sammantaget bedöms verksamheterna inom socialpsykiatri ha tagit flera viktiga steg framåt inom kvalitetsutveckling, tillgänglighet och brukarinflytande.

Inom stöd och serviceverksamheten pågår ett arbete med att se över möjligheten och skapa alternativa sysselsättningar inom LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade), exempelvis sysselsättning inom ett av kommunens vård- och omsorgsboende. Denna form inom daglig verksamhet skapar ökad möjlighet för deltagarna att närma sig ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Inom verksamhetsområde vård och omsorg framkommer att det fortsatt sker ett arbete med att bygga upp strukturer och arbetssätt (ex. förebyggande insatser såsom hälsosamtal med dem som inte har hemtjänstinsatser, fast omsorgskontakt inom vård och omsorgsboende mm), till att i större utsträckning omsätta dem i verksamheternas vardag. Förbättringar syns inom delaktighet, bemötande, aktiviteter, genomförandeplaner och anhörigsamverkan. Arbetet med personcentrerad omsorg har stärkts genom IBIC (Individens behov i centrum), PPP (Praktisk professionell planering) och fast omsorgskontakt. Även kompetensförsörjning, digitalisering och förebyggande arbete har utvecklats.

Arbetet med att utveckla insatser utan behovsbedömning enligt den nya socialtjänstlagen fortsätter. Trygghetslarm har identifierats som en lämplig insats att erbjuda utan individuell behovsbedömning. Syftet är att öka tillgängligheten till stöd, stärka den enskildes trygghet och möjliggöra tidiga förebyggande insatser. Genom befintliga arbetssätt inom trygghetslarmet finns samtidigt goda förutsättningar att fånga upp förändrade behov och vid behov lotsa den enskilde vidare till en behovsprövad insats. Arbetet ligger i linje med socialtjänstlagens intentioner om tidiga, lättillgängliga och personcentrerade insatser.

För att öka trivsel, social gemenskap och aktivitet för boende och besökare på förvaltningens större vård- och omsorgsboenden föreslås en helgöppen caféverksamhet bemannad av gymnasieungdomar att testas under hösten 2026. Initiativet skapar mervärde för äldre samt ger ungdomar en trygg och meningsfull arbetslivserfarenhet.

Sammantaget syns en ökad kvalitet i det vardagsnära arbetet och en tydligare tillämpning av beslutade arbetssätt.

Trots utvecklingen kvarstår skillnader mellan verksamheter när det gäller kvalitet och tillämpning av arbetssätt.

Utmaningar finns fortsatt inom dokumentation, genomförandeplaner, uppföljning och införandet av fast omsorgskontakt. Bemanningssituationen påverkar fortfarande kontinuitet och möjligheten att genomföra utvecklingsinsatser.

Även inom kompetensförsörjning, digitalisering och måltidsarbete finns behov av ökad samordning, kompetensutveckling och mer likvärdiga arbetssätt.

När det gäller nutritionsområdet har det genomförts kartläggningar där det framkommer att det pågår utvecklingsarbete, men också att det finns behov av fortsatt kompetensutveckling och stärkt tvärprofessionell samverkan för att säkerställa en god nutritionsstatus hos äldre. Erfarenheter från verksamheter som utvecklat egna arbetssätt inom näringsstöd visar positiva resultat och ger värdefulla lärdomar för det fortsatta arbetet.

För att skapa en likvärdig och hållbar utveckling krävs fortsatt samverkan mellan chefer, sjuksköterskor, baspersonal och måltidsutvecklare samt en gemensam inriktning på ledningsnivå.

För att stärka genomförandet av redan beslutade arbetssätt och säkerställa en mer likvärdig kvalitet i hela verksamheten genomförs åtgärder såsom exempelvis fortsatt utveckling av dokumentation, uppföljning, fast omsorgskontakt, kompetensförsörjning och digitalisering.

Inom måltidsområdet fortsätter arbetet med egenkontrollprogram, kompetensutveckling och uppföljning av brukar- och personalenkäter för att skapa trygga måltider, god kvalitet och en positiv måltidsupplevelse för brukarna. Arbetet behöver präglas av systematik, uppföljning och långsiktighet för att säkerställa hållbara resultat över tid.

När det gäller förvaltningens handlingsplan för nationella minoriteter, har ett samråd med representanter för nationella minoriteter genomförts, vilket har stärkt dialogen, ökat delaktigheten och bidragit till att identifiera både utvecklingsområden och goda exempel.

En framgångsfaktor har varit arbetet med att tydliggöra förvaltningens ansvar enligt minoritetslagen och den nya socialtjänstlagen, med fokus på rätten till språk, kultur och information. Inom äldreomsorgen utgör den finskspråkiga avdelningen ett gott exempel där språk och kulturella inslag integreras i omsorgen.

Samtidigt finns behov av fortsatt kompetensutveckling, bland annat kring psykisk ohälsa hos samer. För att stärka arbetet kommer förvaltningen inkludera det i den reviderade handlingsplanen för nationella minoriteter för åren 2026–2029, som håller på att tas fram och utöver det kommer regelbundna samråd att fortsätta. Ett arbete pågår även för att uppmärksamma nationella minoriteters högtidsdagar genom kulturellt anpassade måltider, en fråga som för närvarande behandlas i kost- och servicenämnden.

Kronans vård- och omsorgsboende – lägesbild till och med aug 2026:

Utvecklingsarbetet på Kronans vård- och omsorgsboende är pågående och har ett fortsatt fokus på att säkerställa bemanning, kvalitet och kontinuitet.

Genom tidig rekrytering, successiv introduktion av vikarier och ett nära ledarskap har verksamheten genomfört sommaren med god stabilitet och minskad sårbarhet.

Teamledarnas närvaro även under helgerna har bidragit till ökad trygghet, bättre samordning och snabb hantering av uppkomna situationer.

Kronan har dessutom kunnat stötta andra verksamheter med personal under delar av sommaren.

Samtidigt visar medial rapportering att det fortsatt finns utmaningar inom vissa delar av verksamheten. Främst handlar det om kompetensförsörjning, språkkunskaper, delegeringar och att säkerställa en jämn kvalitet mellan samtliga avdelningar.

Sena avhopp under sommaren har periodvis försvårat introduktionen av vikarier enligt plan, även om bemanningen har kunnat upprätthållas.

För att möta dessa utmaningar genomförs flera riktade utvecklingsinsatser under hösten. Bland annat deltar 13 medarbetare i arbetsplatsförlagd språk- och kommunikationsutbildning, tre medarbetare studerar till undersköterska och en medarbetare genomgår handledarutbildning. Verksamheten har även stärkt sin specialistkompetens genom att en medarbetare utbildats till specialistundersköterska.

Utvecklingsarbetet fortsätter också inom digitalisering och kvalitetsutveckling.

Nya digitala larm och sensorer har installerats för att öka tryggheten för de boende och under sommaren har ett nytt arbetssätt testats på några avdelningar, samtidigt som andelen medarbetare med läkemedels- och insulindelegering har ökat.

Dialogen med boende och anhöriga har stärkts genom regelbundna brukarråd och anhängarcaféer. Under hösten planeras dessutom ett helgöppet café i samverkan med ungdomar samt en ny daglig verksamhet. Även nya lokaler för enhetschefer och sjuksköterskor utvecklas för att stärka samverkan och det nära ledarskapet. Arbetet inom ramen av utvecklingsuppdraget presenteras löpande till socialnämnden.

Bebhovsinriktat arbetssätt 2.0 – Stöd i hemmet: Inom ramen för ordförandeuppdraget avseende behovsinriktat arbetssätt inom stöd i hemmet, pågår ett utvecklingsarbete som ska bidra till en mer behovsinriktad verksamhet för brukarna och bidra till att minska upplevelsen av minutstyrning. Med anledning av att arbetssättet behöver bli tydligare och mer lika i alla grupper så utvecklas ett gemensamt arbetssätt. Fokus är att säkerställa att genomförande av insatser planeras utifrån brukarens behov, där målet är att varje brukare har en aktuell genomförandeplan och en fast omsorgskontakt, och att planeringen ändras när behovet ändras. Utvecklingsarbetet ska också stärka samarbetet mellan hemtjänst, hemsjukvård och bistånd.

Kvalitet i vardagen – måltider och miljö: Utvecklingsarbetet inom särskilt boende för äldre omsätts identifierade kvalitetsområden i praktisk verksamhetsutveckling. Till exempel genomförs kompetenshöjande insatser för måltidsombud kring mat, måltidsmiljö och hållbara konsumtionsvanor med målet att stärka både brukarnas livskvalitet och långsiktigt hållbara arbetssätt. Arbetet inom måltidsområdet bedrivs alltmer systematiskt genom utveckling av egenkontrollprogram, dialog med måltidspersonal samt brukar- och personalenkäter. Resultaten används som underlag för den fortsatta utvecklingen av måltidsmiljö, utveckling av meny och arbetssätt.

Ej verkställda gynnande beslut inom särskilt boende för äldre: Arbetet med ej verkställda gynnande beslut, väntetider till särskilt boende och uppföljning av beslut för de som väljer att tacka nej till erbjudande av särskilt boende fortsätter att prioriteras. Minskade väntetider över tid och strukturerad rapportering till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) visar att området hanteras systematiskt, även om det finns en obalans mellan behov och tillgängliga boendeplatser.

Övergångslösning Fyren: Eftersom den planerade sammanhållna korttidsverksamheten på Örnen är försenad genomförs en övergångslösning på Fyren under hösten. Som en övergångslösning i väntan på att en sammanhållen korttidsverksamhet kan öppnas på Örnen, vidtas åtgärder för att försöka minska den nuvarande obalansen.

Nio (9) dubbelrum inom korttidsverksamheten kommer att öppnas, vilket bidrar till att en korttidsavdelning planeras övergå till vård- och omsorgsboendeplatser. Nio (9) korttidsplatser på Midskogen kommer också att planeras till vård- och omsorgsboendeplatser, samt tre (3) platser på korttids i Råneå. Totalt kan 21 platser i särskilt boende erbjudas till väntelistan för de som ansökt och blivit beviljade särskilt boende.

För att samtidigt stärka det förebyggande arbetet och skapa bättre förutsättningar för kvarboende i ordinärt boende utökas verksamheten på Fyren med nio (9) närståendeplatser och i Råneå med en (1) plats, så sammantaget utökas närståendeplatser från fem (5) till 10 platser. Platserna ger stöd och avlastning till anhöriga och bedöms öka tillgängligheten för personer med behov av denna insats.

Parallellt pågår en ombyggnation av de nio (9) beredskapsplatserna på Fyren, där samtliga mattor byts ut för att säkerställa en god arbetsmiljö. Arbetet beräknas vara färdigställt under hösten. Samtidigt utreds möjligheten att öppna dessa platser som en tillfällig lösning fram till dess att den planerade verksamheten på Örnen kan tas i bruk.

Socialnämndens mätetal gällande nationella indikatorerna *Kvalitetsindex Äldreomsorg*, samt *Kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet*, har Kolada/RKA (Rådet för främjande av kommunala analyser) i juni 2026 meddelat att de har förändrat effektivitetsindex 2025 jämfört med beräkningen 2024. Statistiken innehåller nya mått och andra mått har avvecklats och modellerna för att beräkna effektivitetsindexen har därmed setts över och uppdaterats av RKA.

I och med detta går det inte att jämföra nämndens 2025 års resultat med 2024, kopplat till socialnämndens mått avseende dessa kvalitetsindex. För 2025 års resultat placeras kommunernas värden på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst. Luleås kvalitetsindex äldreomsorg hamnar på 17 och Luleås kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet hamnar på 55. För båda områdena saknas data på resultat för riket.

För att bedöma den faktiska kvalitetsutvecklingen utifrån detta, ska respektive berört verksamhetsområde analysera de underliggande indikatorerna och resultat, samt presenteras mer utförligt vid verksamhetsplanens helårsuppföljning 2026.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mätetal	Helår 2025	Utfall aug 2026	Mål 2026
Mål: Erbjuder en tillgänglig, jämlik och jämställd socialtjänst med god service till god kvalitet.			
Kvalitetsindex äldreomsorg	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	17 (2025)	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål. (40)
Kvalitetsindex LSS boende och daglig verksamhet	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	55 (2025)	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål (62).

Mål: Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet.



Beskrivning:

Socialnämnden ska utveckla och förstärka det förebyggande arbetet som ska nå människor innan problem uppstår eller förvärras.

De tidiga, förebyggande insatserna ska vara kunskapsbaserade och bygga på evidens och beprövad erfarenhet.

Inriktning: Socialtjänstens arbete ska vara mer förebyggande, vilket innebär att insatser ska kunna erbjudas snabbt och enkelt, utan behovsprövning, och att socialtjänsten ska vara lättillgänglig för medborgarna.

De insatser som erbjuds ska främja jämställda levnadsvillkor, anpassas efter individuella förutsättningar och baseras på bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet för att säkerställa att de gör nytta för individen.

Insatserna ska utformas för att nå fler individer och grupper i behov av stöd, med särskilt fokus på att främja psykisk och fysisk hälsa, öka tryggheten i vardagen och förebygga social utsatthet. Arbetet ska ske i samverkan med andra aktörer och utgå från individens behov och livssituation.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättning att *Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet*, i hög grad vara uppfyllt och trenden är ökande.

Arbetet med omställningen till den nya socialtjänstlagen fortskrider enligt plan. Luleå kommun deltar sedan början av 2026 i den nationella lärprocessen som ska stödja socialtjänstens omställning under perioden 2026–2028. Deltagandet har breddats för att stärka förankringen i organisationen och skapa goda förutsättningar för långsiktig utveckling.

Framgångar i omställningsarbetet är att nya arbetssätt och förebyggande insatser redan har införts. Exempel är arbetssättet *En väg in*, som ska göra kontakten med socialtjänsten mer tillgänglig och sammanhållen, samt flera nya insatser utan individuell behovsprövning inom bland annat familjestöd, stöd vid skadligt bruk och beroende samt trygghetslarm. Även nya arbetssätt som biståndshandläggare på hälsocentraler, seniorlots och ett förstärkt vräkningsförebyggande arbete har etablerats. Insatserna stärker möjligheterna till tidigt stöd och ökad tillgänglighet för kommuninvånarna. Samtidigt finns utmaningar.

En central fråga är att utveckla ett systematiskt arbetssätt för uppföljning och analys av socialtjänstens insatser.

Trots att omkring 60 medarbetare genomgått utbildning i individbaserad systematisk uppföljning (ISU) har arbetet med regelbundna uppföljningar ännu inte kommit i gång fullt ut.

Åtgärder framåt omfattar att införa och utveckla systematiska uppföljningar enligt ISU (individbaserad systematisk uppföljning), vilket ger bättre kunskap om verksamheternas resultat och skapar förutsättningar att möta kraven i den nya socialdataregisterlagen. Arbetet ska även bidra till ökad kunskap om hur olika insatser når kvinnor och män, flickor och pojkar, och därmed stärka förutsättningarna för ett mer jämställt och kunskapsbaserat socialt arbete. Genom fortsatt deltagande i lärprocessen och utveckling av nya arbetssätt fortsätter socialförvaltningen omställningen mot en mer förebyggande, tillgänglig och hållbar socialtjänst.

Arbetet utifrån kommunövergripande *Lokal plan för suicidprevention* fortgår i samverkan med andra förvaltningar. Socialförvaltningen är samordningsansvarig och inom socialförvaltningens ansvarsområde utvecklas arbetet med suicidprevention och psykisk hälsa positivt och följer i huvudsak plan. Socialförvaltningen har stärkt det förebyggande arbetet genom etablerade rutiner vid suicidhändelser, ökad intern samverkan och kunskapshöjande insatser.

Arbetet bidrar till bättre förutsättningar för tidig upptäckt, tydligare stöd till berörda verksamheter och ett mer samordnat arbete för invånare som har kontakt med socialtjänstens verksamheter.

Framgångar är att rutiner vid suicidhändelser har etablerats och förankrats inom socialförvaltningen. Det stärker verksamheternas förmåga att agera på ett samlat och tydligt sätt vid allvarliga händelser. Medvetenheten om psykisk ohälsa och suicidprevention har ökat inom berörda delar av förvaltningen, vilket förbättrar möjligheterna till tidig upptäckt, rätt stöd och ökad trygghet i arbetssättet.

Utmaningar är att säkerställa en tydlig och långsiktig styrning av det suicidpreventiva arbetet inom socialförvaltningens verksamheter. Det finns behov av att vidareutveckla uppföljningen för att bättre kunna bedöma vilka insatser som ger störst effekt för målgrupper inom socialnämndens ansvar.

Ansvarsfördelning, gemensamma arbetssätt och indikatorer behöver tydliggöras för att minska risken för att arbetet blir personberoende eller ojämnt mellan verksamheter. Särskild uppmärksamhet behöver fortsatt riktas mot grupper som socialtjänsten möter och som kan ha förhöjd risk för psykisk ohälsa, exempelvis personer i utsatta livssituationer, barn och unga i behov av stöd samt vuxna med komplex social eller psykisk problematik.

Åtgärder framåt är att socialförvaltningen behöver fortsätta förankra och utveckla rutinerna vid suicidhändelser samt säkerställa att berörda verksamheter har kunskap om ansvar, arbetssätt och stödstrukturer.

Förvaltningen bör även stärka uppföljning och analys inom nämndens ansvarsområde genom att tydliggöra mål, ansvar och indikatorer kopplade till suicidprevention och psykisk hälsa.

Fortsatta kunskapshöjande insatser behöver riktas till relevanta chefs- och medarbetargrupper. Samverkan med andra förvaltningar, Regionen och civilsamhället bör fortsatt utvecklas, men med tydlig utgångspunkt i socialnämndens uppdrag och målgrupper. Genom dessa åtgärder stärks förutsättningarna för ett mer systematiskt, likvärdigt och kunskapsbaserat arbete inom socialförvaltningens verksamheter.

Under hösten kommer socialförvaltningen delta, i samverkan med andra aktörer, i samband Ljusmanifestationen i Luleå på Suicidpreventiva dagen den 10 september och i samband med Veckan för psykisk hälsa (oktober), som bidrar också till att synliggöra frågorna och stärka det förebyggande arbetet utifrån nämndens ansvar.

Individ- och familj, barn och unga fortsätter att utveckla det förebyggande arbetet för att nå barn, unga och familjer i ett tidigt skede och erbjuda stöd innan problem förvärras. Arbetet utgår från kunskapsbaserade metoder, stärkt samverkan och ett tydligt fokus på psykisk hälsa, suicidprevention, tillgänglighet och tidiga insatser.

Framgångar är att verksamheten har stärkt kompetensen inom psykisk hälsa och suicidprevention genom utbildningar, gemensamma genomgångar av riktlinjer och utveckling av metodstöd. Detta har ökat medarbetarnas kunskap, trygghet och samsyn i arbetet. Fältverksamheten bedriver ett aktivt uppsökande arbete både i ungdomsmiljöer och via sociala medier, vilket förbättrar möjligheterna att tidigt identifiera barn och unga i behov av stöd. Tillgängligheten har också stärkts genom förbättrad information, utvecklad samverkan med Föräldrasupporten, minskade väntetider inom familjerådgivningen samt ökad användning av digitala stödformer.

Brukarundersökningar visar dessutom hög nöjdhet med bemötande och stödinsatser.

Utmaningar kvarstår i att säkerställa enhetliga arbetssätt och likvärdiga bedömningar i hela verksamheten. Det finns fortsatt behov av tydligare metodstöd, gemensamma rutiner och stärkt systematisk uppföljning för att följa effekterna av genomförda insatser. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga ställer också krav på fortsatt utveckling av tidiga, samordnade och förebyggande insatser. Verksamheten behöver dessutom förbättra möjligheterna att nå grupper som idag är svårare att nå, bland annat pappor och män, för att stärka jämlika och jämställda levnadsvillkor.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt kompetensutveckling inom psykisk hälsa och suicidprevention, bland annat genom utbildning i Mental Health First Aid (MHFA), framtagande av gemensamma checklistor vid suicidhot samt utvecklade lokala vägledningar och rutiner.

Arbetet med att stärka samverkan mellan verksamheter och externa aktörer fortsätter, liksom utvecklingen av gemensamma arbetssätt och metodstöd. Verksamheten kommer även att vidareutveckla tillgängliga och tidiga stödinsatser, stärka uppföljningen av resultat och kvalitet samt fortsätta det uppsökande arbetet för att nå fler barn, unga och familjer i behov av stöd.

Vad gäller det förebyggande arbetet för barn, unga och deras föräldrar fortsätter det att utvecklas genom etablerade samverkansformer mellan socialtjänst, skola, polis, civilsamhälle och andra aktörer. Insatserna syftar till att stärka ungas rättigheter, psykiska hälsa och tillgång till stöd samt att öka föräldrars kunskap och delaktighet.

Arbetet kännetecknas av hög efterfrågan, god samverkan och positiva utvärderingar från både deltagare och professionella.

Framgångar är att arbetet med Kärleken är fri (KÄF) når planerade mål och genomförs på allt fler skolor. Intresset från skolorna är stort och utvärderingar visar genomgående positiva resultat. Samverkansgruppen har utvecklat väl fungerande arbetssätt och har breddats genom att fler aktörer, såsom Rädda Barnen och BRIS (Barnens rätt i samhället), deltar i arbetet. Även Föräldramöten Tillsammans fortsätter att utvecklas med en etablerad struktur och ett tydligt fokus på att stärka föräldrars kunskap om ungas situation, socialtjänstens stöd och det brottsförebyggande arbetet. Föräldrabreven är en väl etablerad informationskanal som uppskattas av vårdnadshavare och bidrar till ökad kunskap om aktuella frågor som berör barn och unga. Arbetet med Veckan för psykisk hälsa har också stärkts genom välbesökta föreläsningar och planerade aktiviteter som når både unga och föräldrar.

Utmaningar finns främst inom samordning, tillgänglighet och långsiktig hållbarhet. KÄF-verksamheten är resurskrävande att planera och genomföra, vilket skapar behov av att fördela samordningsansvaret på fler personer. Inom föräldramötena kvarstår utmaningar att nå alla vårdnadshavare, särskilt familjer med olika språkbakgrund. Föräldrabreven behöver bli mer tillgängliga genom digitala lösningar och förbättrade möjligheter till översättning för att nå fler målgrupper. Samtidigt kräver den ökande efterfrågan på insatser fortsatt utveckling av arbetssätt och samverkansformer.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt genomförande och utveckling av KÄF i ytterligare skolor, införande av Koll på SOC för att öka kunskapen om socialtjänsten bland högstadieselever samt genomförande av föräldramöten på flera skolor under hösten 2026. En ny webblösning för föräldrabreven kommer att utvecklas för att förbättra tillgänglighet och möjliggöra översättning till fler språk.

Arbetet med att främja psykisk hälsa fortsätter genom höstens Veckan för psykisk hälsa med riktade aktiviteter för elever och föräldrar.

Genom fortsatt samverkan och utveckling av etablerade arbetssätt stärks förutsättningarna för ett långsiktigt, förebyggande och kunskapsbaserat stöd till barn, unga och deras familjer.

Arbetet med tidiga och förebyggande insatser för vuxna fortsätter att utvecklas i linje med socialnämndens mål om att erbjuda stöd i ett tidigt skede och förebygga social utsatthet.

Under perioden har 819 nya ärenden (507 kvinnor och 315 män) hanterats inom verksamheter såsom Råd och stöd mottagningen, RoS, FREDA -mottagningen (för den som blivit utsatt för våld), EQ, - mottagningen (för den som använt eller riskerar att använda våld) budget- och skuldrådgivning, konsumentvägledning, personligt ombud och anhörigstöd. Samtidigt har arbetet stärkts genom förbättrade rutiner, ökad samverkan och utveckling av nya stödformer.

Framgångar är att verksamheten har stärkt förmågan att tidigt identifiera våldsutsatthet, psykisk ohälsa och suicidrisk genom införande av FREDA- och EQ-kort samt utbildningsinsatser. Även det brottsförebyggande arbetet utvecklas genom samordnade insatser i nära samverkan med andra aktörer. Försörjningsenheten har förberett sig inför kommande aktivitetskrav genom utvecklade arbetssätt och metodstöd.

Inom boendområdet har flera lättillgängliga stödinsatser utvecklats, bland annat genom Akutboendet, Träningsboendet och Bostad först.

Projektet Nära Äldre har etablerats och erbjuder tidigt och samordnat stöd till äldre genom biståndshandläggare på hälsocentralerna (Råneå och på Örnäset) och seniorlots.

2025 års resultatet för nämndens mätetal *Verkställda vräkningar/avhysningar som berör barn, antal barn/100 000 invånare* visar att antalet barn som berörts av verkställda vräkningar eller avhysningar har minskat kraftigt mellan 2024 och 2025 – från sex (6) till två (2) barn per 100 000 invånare. Det är en mycket tydlig och positiv utveckling som innebär att färre barn blir berörda vid verkställda vräkningar.

Minskningen visar att kommunens arbete för att förebygga vräkningar av barnfamiljer ger effekt.

Avgörande faktorer bakom utvecklingen är:

- nolltolerans mot avhysningar som berör barn, vilket har lett till snabbare agerande när risker uppstår.
- intensifierade tidiga insatser, som gör att familjer får stöd innan situationen hinner bli akut.
- förbättrade rutiner och stärkt samverkan, både inom socialförvaltningen och tillsammans med hyresvärdar.

Det vräkningsförebyggande arbetet har stärkts med nolltolerans mot avhysningar som berör barn, vilket har bidragit till tidigare insatser, förbättrad samverkan och ökad trygghet för utsatta familjer.

Utmaningar är att många ärenden kännetecknas av komplexa behov där samordning mellan flera aktörer är avgörande för att uppnå goda resultat.

Det vräknings-förebyggande arbetet kräver fortsatt utveckling av samverkan och tidig upptäckt för att motverka hemlöshet och social utsatthet. Även kommande förändringar, såsom aktivitetskravet inom ekonomiskt bistånd, ställer krav på fortsatt utveckling av arbetssätt och stödstrukturer för att säkerställa att individer får rätt stöd och vägledning.

Åtgärder framåt omfattar fortsatt utveckling av förebyggande och lättillgängliga stödinsatser, stärkt samverkan mellan verksamheter, hyresvärdar och civilsamhälle samt fortsatt implementering av metoder för tidig upptäckt av våldsutsatthet, psykisk ohälsa och suicidrisk.

Det vräkningsförebyggande teamet kommer att vidareutveckla samarbetet med Lulebo och andra hyresvärdar för att tidigt identifiera hyresskulder och erbjuda stödinsatser innan situationen blir akut. Arbetet med NäraÄldre, boendestöd fortsätter, liksom insatser för att öka kunskap om psykisk hälsa och synliggöra tillgängliga stödformer genom aktiviteter i samverkan med civilsamhället.

Socialnämndens mätetal *Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen* framkommer att andelen vuxna med långvarigt ekonomiskt bistånd är fortsatt låg i Luleå (år 2025 0,66 %). 2025 finns inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller långvarigt biståndsmottagande (kvinnor 0,67 % och män 0,65 %).

Resultatet är detsamma som 2024(0,66 %) och ligger under riksgenomsnittet år 2025, 0,98 % och år 2024 var riksgenomsnittet 0,99 %. En mindre ökning kan noteras i verksamhetssystemet under första halvåret 2026 jämfört med motsvarande period föregående år. Antalet personer som uppbär ekonomiskt bistånd är fortsatt lågt, men en del individer har behov av stöd under en längre tid.

Orsak till framgången att Luleå fortsatt har en lägre andel långvariga biståndsmottagare än riket, är bland annat för att förvaltningen har ett aktivt samverkansarbete tillsammans med Arbetsförmedlingen, Region Norrbotten och andra aktörer. Genom individanpassade och samordnade insatser skapas förutsättningar för att fler ska kunna närma sig arbete, studier eller annat lämpligt stöd.

Utmaningar är att många av de personer som har långvarigt ekonomiskt bistånd står långt från arbetsmarknaden och ofta har komplexa behov.

Psykisk ohälsa, långvarig sjukskrivning, låg arbetsmarknadsanknytning samt behov av stöd från flera myndigheter utgör vanliga hinder för egen försörjning.

För vissa finns även utmaningar kopplade till utbildningsnivå, arbetsförmåga och social problematik.

Åtgärder för att minska långvarigt biståndsmottagande omfattar fortsatt utveckling av tidiga, samordnade och individanpassade insatser i nära samverkan med berörda aktörer. Arbetet fokuserar på att stärka individens möjligheter till arbete, studier och rätt stöd från ansvariga huvudmän. Införandet av aktivitetskravet bedöms på sikt bidra till ökad aktivitet, starkare arbetsmarknadsanknytning och tidigare identifiering av stödbehov, vilket förväntas minska andelen personer med långvarigt ekonomiskt bistånd.

Socialnämndens mätetal för *Kvalitetsindex ekonomiskt bistånd* är resultatet 30 för Luleå avseende år 2025. I Kolada placeras kommunernas värde på en skala från 0 till 100 där 0 är sämst och 100 är bäst. Resultatet av 2025 års mätning i Kolada är inte jämförbar med 2024 års resultat och nämndens lagda målsättning. Detta med anledning av att Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) förändrat beräkningsmodell. För att bedöma den faktiska kvalitetsutvecklingen ska verksamheten analysera de underliggande indikatorerna som presenteras mer utförligt vid verksamhetsplanens helårsuppföljning 2026.

Sammantaget visar individ- och familjeomsorgen (vuxen) en positiv utveckling mot ett mer samordnat, förebyggande och tillgängligt arbetssätt som stärker individers möjligheter till självständighet, förebygger social utsatthet och bidrar till ökad trygghet för kommuninvånarna.

Verksamhetsområdet socialpsykiatri, boendestöd, öppen vård & assistans har under perioden samordnat genomfört flera konkreta förbättringar för att stärka trygghet, tillgänglighet och tidiga förebyggande insatser i linje med ett personcentrerat, jämlikt och jämställt arbetssätt.

Mötesplats Ekan har genom sitt varierade utbud av aktiviteter, utflykter och sociala sammanhang bidragit till att motverka social isolering och stärka gemenskapen bland deltagarna. Delaktighet i planering och möjlighet att skapa nya sociala kontakter har skapat meningsfulla sammanhang och ökad tillhörighet, vilket är viktiga faktorer för psykiskt välbefinnande och suicidprevention.

Under sommaren har aktiviteter såsom utflykt till Klubbviken, besök på Waldorf, Hägnan, yatzy och filmdag, lockat flest deltagare, cirka 15–20 besökare per tillfälle.

Trygghetstelefonen är uppstartad i april 2026.

Trygghetstelefonen för dem som bor i ordinärt boende, utgör detta ett viktigt komplement till övriga insatser genom att öka tillgängligheten till stöd och skapa en extra trygghetsfunktion för brukare som har insats boendestöd. Sedan april är det 16 individer som fått tillgång till trygghetstelefonen.

Boendestöd har totalt 247 brukare, varav 210 med uppdrag och 34 insats utan behovsprövning. Även om användningen hittills varit begränsad bedöms insatsen ha potential att stärka upplevelsen av trygghet och minska känslan av ensamhet och utsatthet, vilket är centrala skyddsfaktorer i det suicidpreventiva arbetet.

Boendestöd har genom införandet av boendestöd utan behovsprövning (IUB) ökat tillgängligheten till stödinsatserna. Under perioden mars till maj inkom ett 30-tal intresseanmälningar och 26 personer påbörjade insatsen, varav 14 kvinnor, 11 män och en (1) ickebinär person. Under samma period inkom nio (9) behovsprövade uppdrag, jämfört med 13 uppdrag under motsvarande period 2025. Verksamheterna ser att fler personer söker boendestöd sedan IUB infördes och bedömer att flera av dessa sannolikt inte skulle ha ansökt om behovsprövat stöd. Flera tidigare brukare har också återkommit efter att avgiften tagits bort. I juni påbörjades även arbetet med att erbjuda IUB för ungdomar i åldern 15–17 år.

Samverkan har fortsatt med familjestöd samt barn- och ungaenheten, både på myndighets- och verkställighetsnivå. Under hösten planeras samverkan med gymnasieskolan och ett samverkansforum med skolan med anledning av målgruppen 15–17 år. Verksamheterna arbetar även med att utveckla familjeorienterat boendestöd (FOBS) och har tillsatt arbetsgrupper för att ta fram arbetssätt och processer inför införandet.

Inom socialpsykiatri har stärkt samverkan, uppdaterade genomförandeplaner och strukturerad planering bidragit till ökad trygghet och tydlighet i stödet. Inom öppenteamet har lågröskelinSATSER utan behovsprövning, exempelvis kvinnogrupp och motivationsgrupp, ökat tillgängligheten och möjliggjort tidigare insatser. Inom socialpsykiatri pågår även ett utvecklingsarbete för att skapa sysselsättningsmöjligheter för personer med skadligt bruk och beroende. Omvärldsbevakning, studiebesök och kontakter med samarbetspartners har genomförts, och planering pågår för att kunna erbjuda insatsen till brukare inom socialpsykiatriens boenden utan krav på biståndsbeslut.

Personlig assistans har påbörjat arbetet med att utveckla och stärka tidiga och förebyggande insatser på ett jämlikt och jämställt sätt.

Öppenteamet har arbetat för att utveckla en mer jämlik och jämställd service genom att öka tillgängligheten och synligheten för verksamhetens insatser.

Informationsinsatser har genomförts kring IUB (Insatser utan individuell behovsprövning), en egen informationsbroschyr har tagits fram och verksamheten har marknadsförts via kommunens sociala medier.

För att nå personer som kan vara i behov av stöd har teamet även påbörjat närvaro på Diakonhusets verksamhet "*Nykter idag*" och planerar fortsatt samverkan under hösten. Sammantaget inom området framkommer att flera insatser är relativt nya och det finns behov av samlad och systematisk uppföljning för att säkerställa att de når rätt målgrupper och ger avsedd effekt.

Januari 2028 kommer den nationella samsjuklighetsreformen träda i kraft för att stärka vården för personer med samsjuklighet: Det vill säga skadligt bruk/beroende i kombination med annan psykiatrisk diagnos. Detta syftar till att skapa en mer enhetlig, samordnad och sammanhållen vård där regionerna får ett tydligare huvudansvar. I och med detta har förvaltningen (samverkan mellan individ- och familjeomsorgen vuxen och socialpsykiatri) påbörjat arbetet med att ta fram en gemensam och sammanhållen process för boende, stöd och sysselsättning för personer med samsjuklighet.

Fokus under våren har legat på att kartlägga vilka stödinsatser som redan finns, både inom socialförvaltningens egna verksamheter och genom samarbete med externa aktörer. Detta har gett en översikt över vilka insatser som erbjuds i dag, vilken målgrupp de riktar sig till och i vilken omfattning de används.

Samtidigt har man identifierat insatser som inte längre är ändamålsenliga, där behoven minskat eller där det finns tydliga glapp i stödkedjan.

Detta utgör en viktig grund för att kunna ta ställning till vad som bör avvecklas, utvecklas eller kompletteras med nya insatser.

Det fortsatta arbetet kommer att innebära fördjupad analys, dialog med berörda verksamheter och framtagande av en tydlig processbeskrivning, med syfte att skapa ett mer strukturerat, behovsanpassat och långsiktigt stöd för målgruppen med samsjuklighet.

Inom verksamhetsområdet stöd och service har fokus under perioden legat på att stärka det suicidförebyggande arbetet inom verksamheter för personer med funktionsnedsättning. Detta genom ökad kunskap, gemensamma arbetssätt och tidig upptäckt av psykisk och fysisk ohälsa.

Framgångar är att en gemensam plan för kompetensutveckling har tagits fram och att suicidprevention integreras i ordinarie verksamhetsutveckling.

Genom utbildningssatsningar och gemensamma genomgångar skapas förutsättningar för ökad kunskap och en mer likvärdig hantering av frågor som rör psykisk hälsa och förebyggande arbete.

Utmaningar är att säkerställa att kunskapen omsätts i praktiskt arbete och att arbetssätten blir enhetliga i hela verksamheten. Det finns också behov av att stärka medarbetarnas förmåga att tidigt identifiera riskfaktorer och använda befintliga rutiner på ett mer förebyggande och systematiskt sätt.

Åtgärder som genomförs under året är att samtliga medarbetare ska genomgå utbildningen *"Förutse risker för ohälsa inom området funktionsnedsättning"*. Cheferna kommer även att använda framtaget material för kunskapsspridning och dialog på arbetsplatsträffar. Enhetscheferna kommer dessutom att gemensamt behandla materialet i kvalitetsråd för att skapa samsyn och stärka implementeringen. Arbetet ska bidra till att integrera det förebyggande perspektivet i ordinarie verksamhet och stärka förmågan att identifiera och hantera risker för både psykisk och fysisk ohälsa i ett tidigt skede.

Inom verksamhetsområde vård och omsorg är arbetet pågående gällande suicidprevention. Fokus har legat på att stärka kunskapen i organisationen genom utbildningar och informationsinsatser, vilket har bidragit till att suicidprevention i högre grad integrerats i det ordinarie kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

Framgångar är att verksamheten har gått från en inledande kartläggnings- och informationsfas till ett mer aktivt utvecklingsarbete.

Fler verksamheter har tagit del av kompetenshöjande insatser och suicidpreventiva frågor har integrerats i ordinarie forum och processer. Detta har bidragit till ökad kunskap och stärkt förutsättningarna för ett systematiskt förebyggande arbete.

Utmaningar kvarstår då arbetet ännu inte är fullt implementerat i hela organisationen. Kunskapsnivån och genomslaget varierar mellan verksamheter, och det finns fortsatt behov av att skapa likvärdiga förutsättningar för medarbetare att omsätta kunskap i praktisk handling. Behovet av dialog, reflektion och stöd i konkreta situationer är fortfarande stort.

Åtgärder framåt är att fortsätta bredda suicidpreventiva insatser till fler verksamheter, stärka den gemensamma kunskapsnivån och utveckla arbetet till en naturlig del av det ordinarie kvalitets- och arbetsmiljöarbetet.

Kompetensutveckling kommer att kompletteras med forum för dialog och gemensam reflektion, samtidigt som uppföljningen utvecklas för att kunna bedöma effekter och säkerställa ett långsiktigt och hållbart förebyggande arbete.

Inom Digital hemtjänst har digitala gruppträffar införts för att minska ofrivillig ensamhet och öka meningsfullheten för brukare. Varje vecka erbjuds digital sittgymnastik med omkring 15 deltagare per tillfälle samt bokcirklar i samverkan med biblioteket. Arbetet utvecklas vidare genom planerad utökad samverkan kring bibliotekstjänsten "Boken kommer". Brukarna erbjuds även återkommande informationsträffar med olika aktörer, bland annat Äldresupporten och kommunens måltidsutvecklare. Under hösten planeras även informationsinsatser tillsammans med polisen om hur äldre kan skydda sig mot bedrägerier. Satsningen är en del av projektet Digital hemtjänst och syftar till att stärka social delaktighet, hälsa och trygghet för äldre. Insatserna kommer att följas upp och utvärderas som en del av projektets fortsatta utveckling.

Projektet *Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre* har startat i april 2026 med syfte att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre med hemtjänstinsatser. Genom statsbidrag har hälsosamtal genomförts i flera hemtjänstområden, samtidigt som samverkan etablerats med bland annat Äldresupporten, trygghetsvårdar, biståndshandläggare och äldrelots. Under januari t o m juni 2026 har 52 hälsosamtal genomförts, fördelat på 54 % kvinnor, 42 % män och 4 % par. Efter två veckor har ett uppföljande hembesök/samtal genomförts med den enskilde/paret. Informationsinsatser har genomförts i hemtjänstgrupperna och statistik följs löpande upp. Arbetet fortsätter under hösten med hälsosamtal i fler områden, en inspirationsdag i samverkan med Äldresupporten samt utökad samverkan med pensionärsorganisationer, volontärer, bibliotek och trygghetsboenden. Satsningen stärker möjligheterna att tidigt identifiera behov av socialt stöd, öka delaktigheten och minska ensamhet bland äldre. Genom bred samverkan skapas förutsättningar för ett långsiktigt och förebyggande arbete som främjar psykisk hälsa och livskvalitet. För övrigt har Äldresupporten utvecklat det förebyggande och hälsofrämjande arbetet genom hälsosamtal, sociala träffar, digitalt stöd, seniorgympa, finska träffar och sommaraktiviteter. Insatserna har haft god uppslutning och bidragit till ökad social gemenskap, stärkt digital delaktighet och förbättrad möjlighet för äldre att ta del av stöd och aktiviteter utifrån sina behov. Fortsatt arbete behöver fokusera på att bredda kännedomen om Äldresupporten, utveckla informationen till brukare och närstående samt följa upp planerade aktiviteter och nya mötesplatser inför 2027.

Inom hälso- och sjukvårdsverksamheten fortsätter arbetet med att utveckla ett mer evidensbaserat och tidigt/förebyggande arbetssätt.

Inom ramen för hälso- och sjukvårdsverksamhetens satsning "En väg in", pågår framtagande av rutiner för mer jämlika och strukturerade bedömningar för att främja trygga och säkra hemgångar.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mätetal	Helår 2025	Utfall Aug 2026	Mål 2026
Mål: Stärka det förebyggande arbetet genom tidiga och evidensbaserade insatser för ökad hälsa, trygghet och säkerhet			
Kvalitetsindex ekonomiskt bistånd	Kolada (RKA, Rådet för främjande av kommunala analyser) har förändrat beräkningsmodell kan inte jämföras med tidigare år	30	Förändrad beräkningsmodell, kan inte jämförelse med tidigare år och påverkar även bedömning av uppsatt års mål (25).
Vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av befolkningen	0,66% (2024)	0,66% (2025)	0,60%
Antal verkställda vräkningar/avhysningar som berör barn, antal barn/100 000 inv.	6 (2024)	2	0

Mål: Säkerställa och utveckla kompetensförsörjningen för att möta nuvarande och framtida behov.



Beskrivning:

Socialnämnden ska arbeta strategiskt och långsiktigt för att säkerställa att verksamheterna har rätt kompetens, både idag och i framtiden. Genom att attrahera, behålla och utveckla medarbetare med relevant utbildning och erfarenhet, skapas förutsättningar för en kvalitativ, rättssäker och hållbar socialtjänst.

Fokus ligger på att stärka och utveckla området kompetensförsörjning, arbetsmiljö, ledarskap, samt intern och extern samverkan.

Inriktning: Kommunfullmäktige har i oktober 2025 antagit en

Kompetensförsörjningsstrategi för Luleå kommun. Strategin är framtagen för att möta en minskad tillgång på arbetskraft samtidigt som behoven inom välfärden ökar.

Den slår fast en gemensam riktning för hela kommunen och utgör ett normerande ramverk för nämndernas arbete. Fokus ligger på att bygga en robust organisation som attraherar, utvecklar och behåller den kompetens som krävs – både idag och i framtiden.

Kompetensförsörjningsstrategin utgår från ett aktivt lärandeperspektiv och organisationen behöver ständigt lära sig, anpassa sig och utvecklas i takt med omvärlden. Den är inte en statisk plan utan ett levande ramverk som följer utvecklingen i organisationen och anpassas efter de behov som identifieras över tid. Strategin har följande fokusområden 2025–2028

1. Ökad tillgång till kompetens
2. Stärkt medarbetarskap
3. Hållbara arbetsplatser
4. Effektivt ledarskap
5. Effektiv och hållbar kompetensanvändning
6. Ökad möjlighet att arbeta längre

Socialnämnden avser att omhänderta kompetensförsörjningsstrategin under 2026 genom att identifiera behov av aktiviteter/åtgärder för att säkra området gällande kompetensförsörjning nu och i framtiden, som ska bidra till ett mer hållbart arbetsliv, ett attraktivt arbetsgivarskap och en välfungerande vardag i verksamheterna.

Ett aktivt utvecklande lärande inom ramen för den interna – och externa samverkan är avgörande för att möta förändrade krav, ny teknik, demografiska skiften och nya förväntningar och behov från medborgare och medarbetare. Nämnden kommer följa utvecklingen via kommungemensamma mätetal som kommer vara framtagna inför den första delårsuppföljningen 2026.

Om det också framkommer behov av att följa utvecklingen utifrån lokala mätetal, kommer även dessa finnas med vid såväl delår- som vid helårsuppföljningen.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättning om att *Säkerställa och utveckla kompetensförsörjningen för att möta nuvarande och framtida behov* som delvis uppfyllt och trenden är ökande.

Det bedrivs ett omfattande arbete för att attrahera, rekrytera och behålla kompetent personal, men kompetensförsörjningen är fortsatt utmanande. Ett viktigt utvecklingsområde är uppbyggnaden av ett Kompetenscentrum, som ska samla introduktion, utbildning och nya utbildningsverktyg för att skapa en mer likvärdig och kvalitetssäkrad introduktion för nya medarbetare.

Introduktionen utvecklas med både digitala och praktiska moment inom bland annat basal omvårdnad, förflyttningsteknik och delegering.

Arbetet har ytterligare stärkts genom att socialförvaltningen beviljats 5,25 miljoner kronor från omställningsfonden för projektet *Förlängd introduktion*, vilket ger goda förutsättningar att långsiktigt utveckla introduktions- och kompetensutvecklingsarbetet.

Parallellt pågår ett omfattande utvecklingsarbete inom rekrytering, kommunikation och bemanning.

På kommunövergripande nivå har en utredning för central rekryteringsenhet genomförts, en utbildning i kompetensbaserad rekrytering finns tillgänglig för chefer och arbetet med att utveckla rekryteringsprocesserna fortsätter för att säkerställa hög kvalitet och snabbare tillsättningar.

Kommunikationsinsatserna kommer förstärkas genom utveckling av interna kommunikationskanaler och ett särskilt marknadsföringsnätverk stödjer arbetet med rekrytering och sommarbemanning. För att stärka bemanningsförsörjningen pågår även arbete med att utveckla vikariehanteringen, öka användningen av vikariesystemet Time Care Pool (TCP), utreda möjligheterna till en intern vikariepool med fast anställd personal, samt skapa kandidatbanker och tydligare karriärvägar för att öka den interna rörligheten och behålla kompetens.

Förvaltningen deltar även i kommungemensamma satsningar för att förlänga arbetslivet och skapa fler vägar in i yrket.

Den interna och externa samverkan har stärkts, bland annat genom Kompetenslotsen, och flyttbidrag har bidragit till att attrahera arbetskraft utanför kommunen.

Framgångsfaktorer

- Personalstatistiken gällande hela förvaltningen för perioden (se sid 38–44) visar en positiv utveckling. Sjukfrånvaron har minskat samtidigt som frisknärvaron ökat jämfört med 2025, vilket tyder på en förbättrad arbetssituation för medarbetarna. Antalet tillsvidareanställda har ökat och personalomsättningen minskat, vilket stärker kontinuiteten och förbättrar förutsättningarna för kompetensförsörjning och bemanning.
- Beviljade projektmedel om 5,25 miljoner kronor som möjliggör utveckling av en förlängd introduktion och uppbyggnaden av Kompetenscentrum.
- Fortsatt utveckling av en kvalitetssäkrad och likvärdig introduktion för nya medarbetare.
- Genomförd pilot för central rekryteringsenhet och införande av utbildning i kompetensbaserad rekrytering.
- Stärkt kommunikations- och marknadsföringsarbete för att attrahera framtida medarbetare.
- Ökad samverkan internt och externt för att stärka kompetensförsörjningen.
- Flyttbidrag som bidrar till att rekrytera kompetens från andra orter.

Utmaningar

- Antalet visstidsanställningar har ökat kraftigt, vilket kan indikera ett fortsatt beroende av tillfälliga bemanningslösningar. Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro och lägre frisknärvaro än män, och sjukfrånvaron är högst bland äldre medarbetare.

- Fortsatt konkurrens om arbetskraft inom välfärdsområdet.
- Behov av att säkerställa långsiktig bemanning och minska sårbarheten vid korttidsfrånvaro.
- Utmaningar att behålla och utveckla medarbetare i takt med ökade kompetenskrav.
- Att omsätta planerade utvecklingsinsatser till konkreta och varaktiga förbättringar i verksamheterna.

Åtgärder

- För att säkerställa en långsiktig hållbar utveckling behöver förvaltningen fortsatt fokusera på att minska beroendet av visstidsanställningar, stärka arbetsmiljön och möta framtida kompetensförsörjningsbehov.
- Fortsatt etablering och utveckling av Kompetenscentrum som en sammanhållen struktur för introduktion, utbildning och kompetensutveckling.
- Genomföra *projektet Förlängd introduktion* och säkerställa att erfarenheterna integreras i ordinarie verksamhet.
- Färdigställa och implementera förbättrade rekryteringsprocesser med fokus på kvalitet, effektivitet och kompetensbaserat urval.
- Vidareutveckla vikariehanteringen, utreda egen vikariepool och stärka användningen av Time Care Pool.
- Skapa tydligare karriär- och utvecklingsvägar för att öka intern rörlighet och stärka möjligheterna att behålla medarbetare.
- Fortsätta arbetet med att förlänga arbetslivet och utveckla arbetsmiljö och arbetsvillkor för att möta framtida kompetensförsörjningsbehov.
- Implementering av språkrav: införandet av GERS-nivåer (Gemensam europeisk referensram för språk) och Lingio-lösningen (utbildningsplattform).

Utveckling planeras för yrkessvenska och kompetensutveckling i mobilen och stöd till verksamheterna i och med ny lag om språkrav (infördes 1 juli 2026).

Lagen innebär att verksamhet som bedriver omsorg om äldre personer ska arbeta för att den personal som genomför insatser i sådan omsorg har de kunskaper i svenska som är relevanta för insatsernas genomförande.

Utöver ovan, pågår sedan årsskiftet ett treårigt arbetsmiljöprojekt som innefattar ytterligare insatser i syfte att stärka och säkerställa ett långsiktigt arbete kopplat till kompetensförsörjning.

Socialförvaltningens pågående arbete med att stärka arbetsmiljö, frisknärvaro, hållbart chefs- och medarbetarskap samt förbättrad bemanningsplanering utvecklas i huvudsak enligt plan.

Uppföljningen för perioden visar flera positiva resultat, bland annat minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och ett förstärkt arbete med återhämtning och arbetsmiljöfrämjande insatser för att stärka chefers organisatoriska förutsättningar genom ett ökat handlingsutrymme i schemaprocessen. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt uppföljning och analys, särskilt kopplat till övertid, korttidssjukfrånvaro, förberedelser inför sommarbemanning 2027 samt att säkerställa förväntade positiva effekter av planerade åtgärder.

Det samlade läget bedöms som positivt, men med vissa områden som behöver omhändertas under hösten.

De resultat som hittills kan ses tyder på ökad stabilitet i verksamheterna och förbättrade förutsättningar för en hållbar arbetsmiljö i verksamheter med riktade satsningar.

För att säkerställa långsiktiga effekter behöver arbetet fortsatt följas upp systematiskt, med särskilt fokus på samband mellan sjukfrånvaro, arbetsbelastning, övertid, personalomsättning och chefernas förutsättningar att styra verksamheten.

Framgångar

- Sjukfrånvaron har minskat jämfört med föregående år. Inom enheter på verksamhetsområdet barn och unga har den totala sjukfrånvaron minskat tydligt och den långvariga sjukfrånvaron har reducerats markant och utvecklingen visar ytterligare förbättring jämfört med föregående år.
- Personalomsättningen har minskat. Färre externa avgångar stärker kontinuiteten, minskar rekryteringsbehovet och förbättrar förutsättningarna för kvalitet och stabilitet i verksamheten.
- Arbetsmiljöarbetet har stärkts genom strukturerad uppföljning av återhämtningstid, regelbundna dialoger på arbetsplatsträffar och möten samt stöd från Kommunhälsan kring stress, återhämtning och gemensamma spelregler.
- Arbetet med Chefoskopet startar under hösten och skapar ett mer systematiskt underlag för att stärka chefers organisatoriska förutsättningar.
- Introduktion i friskfaktorarbetet har inletts för chefer och skyddsombud, Kommunhälsan utbildar och handleder.
- Förvaltningen har påbörjat utvecklingen av ett stödpaket för chefer i schemaprocessen, med vägledning, checklistor och nyckeltal som stöd för planering och beslut.

Utmaningar

- Övertiden har ökat i vissa delar av verksamheten barn och unga, vilket kan indikera fortsatt hög arbetsbelastning eller behov av justeringar i bemanning och planering.
- Korttidssjukfrånvaron utgör fortsatt en viktig indikator att följa, särskilt där den står för hela eller en betydande del av sjukfrånvaron.
- Uttaget och rapporteringen av återhämtningstid har påverkats under sommaren, bland annat till följd av semesterperioden och ökad belastning på de medarbetare som varit i tjänst.
- Arbetet med riskanalyser kopplat till helgtjänstgöring, schemaperioder för berörda verksamheter behöver fortsatt samordnas och färdigställas inför kommande förändringar. Frågor om tillämpning och avtal behöver tydliggöras innan slutligt ramverk kan fastställas inför införandet 2027.
- Planeringen inför sommaren 2027 kräver fortsatt analys av bemanningsbehov, rekryteringsinsatser, kandidatupplevelse, sommarförmåner och samverkan med schemastöd.

Åtgärder

- Fortsätta följa sjukfrånvaro över tid och personalomsättning för att tidigt identifiera risker i arbetsmiljön och kunna vidta riktade åtgärder.
- Genomföra ny enkät om återhämtning under september och använda resultatet som underlag för fortsatt förbättringsarbete.
- Fortsätta samverkan med Kommunhälsan kring stress, återhämtning och arbetsmiljö, inklusive utbildningsinsatser och dialoger i arbetsgrupperna.
- Genomföra planerade riskanalyser för helgtjänstgöring, schemaperioder för berörda verksamheter samt säkerställa att resultatet omsätts i tydliga beslut och stödmaterial.
- Utveckla och implementera stödpaketet för chefer i schemaprocessen, med fokus på gemensamma arbetssätt, nyckeltal och verksamhetsanpassat stöd.
- Följa upp Chefoskopet och använda resultaten som grund för prioriterade åtgärder som stärker chefers förutsättningar i samtliga chefsled.
- Sammanställa utvärdering av sommaren 2026, inklusive rekryteringsinsatser och bemanningsprocess, som underlag för planering inför sommaren 2027.
- Genomföra insatser för hållbart arbetsliv, bland annat Job Crafting för medarbetare från 55 år och dialog med pensionerade medarbetare om möjligheter till fortsatt arbete.

Sammanfattningsvis visar förvaltningens arbete en positiv utveckling inom flera centrala områden. Minskad sjukfrånvaro, lägre personalomsättning och förstärkt arbetsmiljöarbete är viktiga framgångar. De planerade åtgärderna under hösten bedöms ge ett viktigt underlag för fortsatt styrning, prioritering och utveckling inför 2027.

Utöver medverkande i arbetsmiljösatsningen har individ- och familjeomsorg, barn och unga arbetat systematiskt med kompetensutveckling, introduktion och ledarskap för att skapa hållbara arbetsplatser och stärka verksamhetens långsiktiga kompetensförsörjning. Under perioden har flera positiva insatser genomförts, bland annat fortsatt utveckling av forumet *Hållbarhet i socialt arbete*, individuella kompetensplaner, riktade utbildningar samt kvalitetssäkrade introduktionsprocesser med mentorskap. Arbetet bedöms bidra till ökad trygghet, kompetens och hållbarhet för både medarbetare och chefer.

Kvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten stärks genom riktade kompetensutvecklingsinsatser.

En betydande del av statsbidraget används för att utbilda arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom förflyttningsteknik, vilket skapar förutsättningar för fler interna utbildare och en långsiktig kompetensspridning till baspersonal. Medel avsätts även för utbildning inom palliativ vård för medarbetare i den palliativa arbetsgruppen. Dessa medarbetare får därefter i uppdrag att sprida kunskapen vidare genom interna utbildningar och kompetensstöd till kollegor och baspersonal.

För verksamhetsområdet individ- och familj (vuxen) framkommer att den samlade bedömningen är att verksamheten arbetar aktivt för att stärka och utveckla den långsiktiga kompetensförsörjningen genom fokus på arbetsgivarvarumärke, arbetsmiljö, introduktion och kompetensutveckling.

Bland annat har kompetenshöjande insatser genomförts via Kommunhälsan, Friskfaktorlabbet via Sunt Arbetsliv, Yrkesresan och workshops.

Det verksamhetsövergripande arbetet med *En väg in* har bidragit till ökad samverkan, delaktighet och gemensam utveckling utifrån den nya socialtjänstlagens intentioner. Verksamheten har även breddat rekryteringsbasen till myndighetsutövningen, exempelvis inom försörjningsenheten, för att möta både nuvarande och framtida kompetens- och bemanningsbehov.

Kvarstår behov av fortsatt utveckling för att stärka attraktiviteten som arbetsgivare och säkerställa rätt kompetens över tid.

Verksamheterna inom boendestöd, socialpsykiatri, personlig assistans och öppenteamet arbetar fortsatt strukturerat med kompetensförsörjning genom utvecklade introduktionsprocesser, kompetensutveckling och stärkt samverkan. Introduktionen av nyanställda och vikarier har kvalitetssäkrats genom tydliga introduktionsplaner, checklistor och ett aktivt stöd från samordnarfunktioner.

Flera utbildningsinsatser har genomförts inom bland annat arbete med ungdomar, Yrkesresan, IBIC (Individens behov i centrum) och lågaffektivt bemötande för att stärka kompetensen och kvaliteten i verksamheterna.

Samarbetet mellan verksamheterna har utvecklats och bidrar till ett bättre resursutnyttjande, ökad kontinuitet och förbättrade möjligheter att behålla kompetenta medarbetare och vikarier. Arbetet med riskanalyser, rutiner och handlingsplaner kring hot och våld är väl etablerat och bidrar till ökad trygghet för både brukare och medarbetare. Samtidigt pågår ett aktivt arbete tillsammans med personalavdelningen för att stärka rekryteringen och säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Fortsatt kommer verksamheten mer systematiskt följa upp introduktion, utbildning och återrekrytering för att säkerställa långsiktig kvalitet och kompetensförsörjning. Utöver det också följa upp effekterna av genomförda utbildningsinsatser och hur ny kunskap omsätts i praktiken, samt säkerställa att introduktionsprocesser och arbetssätt är dokumenterade och mindre personberoende.

Verksamheten kommer även fortsätta utveckla kompetens inom prioriterade områden såsom ungdomsstöd, dokumentation, IBIC och bemötandefrågor.

Inom verksamhetsområde stöd och service har arbete med *"lovjobb"* fortsatt, vilket genererat åtta (8) timvikarier varav ett antal som även kunnat få vikariat under sommaren. Områdets satsning på utbildningen Yrkesresan fortsätter och en hög andel av baspersonal har genomfört de olika delarna.

Inom vård och omsorg har arbetet med kompetensförsörjning tagit viktiga steg från planering och struktur till praktiskt genomförande i verksamheterna.

Gemensamma introduktioner, utbildningsplaner, checklistor och tydligare ansvarsfördelning har införts för att säkerställa att medarbetare har rätt kompetens och förutsättningar att utföra sina uppdrag.

Introduktionen har innehållit mer strukturerade introduktionsplaner, praktiska moment och systematisk uppföljning. Kompetensutveckling och handledning har samtidigt stärkts genom riktade utbildningsinsatser och gemensamma lärandeaktiviteter.

Parallellt har arbetet med arbetsmiljö, rehabilitering, frånvarouppföljning och schemaprocesser utvecklats för att skapa hållbara arbetsplatser och stärka möjligheterna att både behålla och rekrytera medarbetare.

Trots den positiva utvecklingen kvarstår flera utmaningar såsom brist på utbildad personal, vakanta tjänster och upplevelse av hög arbetsbelastning inom verksamheterna.

Detta påverkar möjligheterna att fullt ut genomföra introduktion, handledning och kompetensutveckling. Det finns också skillnader mellan verksamheter i hur arbetssätt tillämpas, vilket påverkar likvärdigheten. Därtill kan språkliga utmaningar hos vissa medarbetare påverka möjligheten att ta till sig utbildning och omsätta kunskap i det dagliga arbetet.

Verksamhetsområdet kommer fortsätta utveckla och kvalitetssäkra introduktions- och kompetens-/utbildningsinsatser i samtliga verksamheter, samt överlag stärka arbetet med kompetensförsörjning för att minska sårbarheten kopplat till personalbrist och vakanta tjänster. Öka likvärdigheten genom gemensamma arbetssätt, rutiner och uppföljning mellan verksamheter.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen:

Mått nyckeltal sjukfrånvaro	2026	2025	2024
Sjukfrånvaro	7,98%	8,68%	8.58%
Sjukfrånvaro (Kv)	8,63%	9.23%	9.46%
Sjukfrånvaro (M)	5,91%	6,87%	5,66%
Sjukfrånvaro dag 1–14	3,65%	4.23%	3,92%
Sjukfrånvaro dag 1–14 (Kv)	3,74%	4.31%	4.04%
Sjukfrånvaro dag 1–14 (M)	3.37%	3,95%	3.52%
Sjukfrånvaro dag 15+	4.33%	4.46%	4,66%
Sjukfrånvaro dag 15+ (Kv)	4,89%	4,92%	5.43%
Sjukfrånvaro dag 15+ (M)	2.54%	2,92%	2.14%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60	3.18%	3.27%	3.32%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60 (Kv)	3.56%	3,65%	3,87%
Sjukfrånvaro fr o m dag 60 (M)	1,97%	2.01%	1.48%
Sjukfrånvaro (<= 29 år)	6.55%	7,86%	6.49%
Sjukfrånvaro (30–49 år)	7.53%	7.29%	7.59%
Sjukfrånvaro (>= 50 år)	9.17%	10.57%	10,73%

Tabellen visar utfall för rapporteringsperioden januari-augusti respektive år

Kommentar (Analys) Sjukfrånvaro:

Sjukfrånvaron minskar

Sjukfrånvaron har minskat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Utfallet januari–augusti 2026 är 7,98 %, jämfört med 8,68 % 2025 och 8,58 % 2024. Minskningen syns både i korttidsfrånvaron dag 1–14 och i den längre frånvaron dag 15+.

Korttidsfrånvaron har minskat till 3,65 % 2026, från 4,23 % 2025 och 3,92 % 2024. Även sjukfrånvaro dag 15+ har minskat till 4,33 % 2026, från 4,46 % 2025 och 4,66 % 2024. Sjukfrånvaro från dag 60 ligger också något lägre, 3,18 % 2026 jämfört med 3,27 % 2025 och 3,32 % 2024.

Kvinnor har högre sjukfrånvaro, men kvinnors frånvaro minskar mest

Kvinnor har fortsatt högre sjukfrånvaro än män. År 2026 är sjukfrånvaron 8,63 % för kvinnor och 5,91 % för män. Skillnaden är tydlig även i den längre sjukfrånvaron: dag 15+ ligger på 4,89 % för kvinnor och 2,54 % för män, medan sjukfrånvaro från dag 60 ligger på 3,56 % för kvinnor och 1,97 % för män. Samtidigt har kvinnor haft en förbättring över tid, särskilt jämfört med 2024. Män har också lägre sjukfrånvaro 2026 än 2025, men nivån för sjukfrånvaro dag 15+ och från dag 60 är högre än 2024. Det pekar på att männens längre sjukfrånvaro bör följas, även om den totala nivån är lägre än kvinnornas.

Äldre medarbetare är mest sjukfrånvarande

Åldersmönstret visar att gruppen 50 år och äldre har högst sjukfrånvaro, 9,17 % 2026. Det är samtidigt en tydlig förbättring jämfört med 10,57 % 2025 och 10,73 % 2024. Yngre medarbetare, 29 år och yngre, har också lägre sjukfrånvaro 2026 än 2025. Gruppen 30–49 år ligger däremot något högre 2026 än 2025, men lägre än 2024. Sammantaget visar siffrorna en positiv utveckling, men fortsatt behov av riktade insatser för att minska lång sjukfrånvaro, stärka arbetsförmåga över tid och arbeta särskilt med grupper där frånvaron är högst.

Mått frisknärvaro	2026	2025	2024
Andel med 0–7 sjukdagar (%)	49,05%	43,26%	59,04%
Andel kvinnor med 0–7 sjukdagar (%)	46,94%	42,20%	56,82%
Andel män med 0–7 sjukdagar (%)	55,66%	46,77%	66,50%
Andel med 0 sjukdagar (%)	22,87%	18,50%	26,25%

Tabellen visar utfall rullande 12 månaders period

Kommentar (Analys) Frisknärvaro:

Frisknärvaron har förbättrats jämfört med 2025, men ligger fortfarande under 2024 års nivå. Andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar är 49,05 % 2026, jämfört med 43,26 % 2025 och 59,04 % 2024. Det betyder att fler medarbetare har låg sjukfrånvaro än föregående år, samtidigt som organisationen ännu inte är tillbaka på den högre frisknärvaro som fanns 2024.

Skillnaden mellan kvinnor och män är tydlig. År 2026 har 46,94 % av kvinnorna 0–7 sjukdagar, jämfört med 55,66 % av männen. Båda grupperna har förbättrats jämfört med 2025, men båda ligger också under 2024 års nivå. Andelen med 0 sjukdagar har ökat från 18,50 % 2025 till 22,87 % 2026, men är fortfarande lägre än 26,25 procent 2024. Det visar att utvecklingen går åt rätt håll, men att förbättringen främst behöver förstärkas och breddas till fler medarbetare.

Siffrorna för frisknärvaro bekräftar bilden från sjukfrånvarostatistiken. När sjukfrånvaron minskar ökar andelen med låg eller ingen sjukfrånvaro. Samtidigt visar gapet mot 2024 att förbättringen inte enbart bör tolkas som ett färdigt trendbrott. Förvaltningen ska följa om ökningen håller i sig över tid och särskilt analysera vilka verksamheter som lyckas kombinera god bemanning, låg korttidsfrånvaro och hög frisknärvaro.

Mått antal anställda	2026	2025	2024
Tillsvidareanställda totalt	2 524	2 448	2 474
Tv-anställda (Kv) %	76,94%	77,74%	78,29%
Tv-anställda (M) %	23,06%	22,26%	21,71%
Tv-anställda (<=34 år)	27,38%	27,94%	27,61%
Tv-anställda (35–54 år)	44,33%	44,04%	44,58%
Tv-anställda (>=55 år)	28,29%	28,02%	27,81%
Visstidsanställda totalt	580	275	292
Visstidsanställda (Kv) %	67,41%	67,64%	65,41%
Visstidsanställda (M) %	32,59%	32,36%	34,59%
Visstidsanställda (<=34 år)	67,76%	54,18%	57,53%
Visstidsanställda (35–54 år)	21,38%	30,55%	29,45%
Visstidsanställda (>=55 år)	10,86%	15,27%	13,01%
Chefer totalt	140	134	130
Chefer (Kv) %	90,00%	89,55%	89,23%
Chefer (M) %	10,00%	10,45%	10,77%

Tabellen visar antal anställda per sista augusti respektive år

Kommentar (Analys) Antal anställda:

Fler anställda i Socialförvaltningen

Antalet tillsvidareanställda har ökat 2026 jämfört med både 2025 och 2024. Per sista augusti 2026 finns 2 524 tillsvidareanställda, jämfört med 2 448 år 2025 och 2 474 år 2024. Det är en ökning med 76 personer jämfört med 2025 och 50 personer jämfört med 2024. Det tyder på en stärkt grundbemanning, vilket är positivt ur kompetensförsörjningsperspektiv.

Könsfördelningen bland tillsvidareanställda är fortsatt stabil, med en tydlig majoritet kvinnor. Andelen kvinnor är 76,94 % 2026, jämfört med 77,74 % 2025 och 78,29 % 2024. Andelen män har samtidigt ökat svagt till 23,06 %. Det innebär ingen stor förändring, men visar en långsam rörelse mot något jämnare könsfördelning.

Åldersstrukturen bland tillsvidareanställda är mycket stabil. Gruppen 35–54 år är störst och utgör 44,33 % 2026. Gruppen 55 år och äldre utgör 28,29 %, vilket innebär att nästan tre av tio tillsvidareanställda finns i den äldre åldersgruppen. Det gör pensionsplanering, kompetensöverföring och hållbart arbetsliv viktiga frågor även framåt.

Stark ökning av visstidsanställda

Den största förändringen gäller visstidsanställningar. Antalet visstidsanställda har ökat kraftigt till 580 personer 2026, jämfört med 275 år 2025 och 292 år 2024. Det är mer än en fördubbling jämfört med 2025. Ökningen är särskilt tydlig bland yngre visstidsanställda, där gruppen 34 år och yngre utgör 67,76 % 2026. Det kan stärka bemanningen kortsiktigt, men innebär också en risk om organisationen blir mer beroende av tillfälliga anställningar för att klara grunduppdraget.

Chefstäthet

Antalet chefer har ökat från 130 år 2024 till 134 år 2025 och 140 år 2026. Det motsvarar en ökning med 10 chefer sedan 2024, eller 7,7 %. Mellan 2025 och 2026 är ökningen 6 chefer, vilket motsvarar 4,5 %. Under samma period har antalet tillsvidareanställda ökat från 2 474 år 2024 till 2 524 år 2026, en ökning med 50 medarbetare eller 2,0 %. Jämfört med 2025 har antalet tillsvidareanställda ökat med 76 medarbetare, vilket motsvarar 3,1 %. Chefstillväxten är alltså procentuellt större än ökningen av tillsvidareanställda, både jämfört med 2024 och 2025.

Det innebär att antalet medarbetare per chef har minskat något om man ser till tillsvidareanställda. År 2024 gick det cirka 19,0 tillsvidareanställda per chef, jämfört med cirka 18,0 år 2026. Det kan tolkas som att organisationen har något bättre förutsättningar för närmare ledarskap, uppföljning, arbetsmiljöarbete och rehabilitering. Samtidigt blir bilden annorlunda om visstidsanställda räknas in. Då ökar antalet medarbetare totalt från 2 766 år 2024 till 3 104 år 2026, vilket är en ökning med 338 personer eller 12,2 %. Det är högre än ökningen av chefer. Med både tillsvidareanställda och visstidsanställda inräknade ökar därför antalet medarbetare per chef från cirka 21,3 år 2024 till cirka 22,2 år 2026. Det visar att chefstätheten förbättras i relation till tillsvidareanställda, men inte när den kraftiga ökningen av visstidsanställda också vägs in.

Siffrorna i detta stycke är ett snitt utifrån helheten på förvaltningen, det finns variationer med fler och färre medarbetare per chef.

Mått personalavgångar externt	2026	2025	2024
Tv-anställd %	6.99%	9.11%	8.66%
Tv-anställd (Kv) %	7.26%	8.97%	8.40%
Tv-anställd (M) %	6.10%	9.59%	9.57%

Tabellen visar utfall för rapporteringsperioden januari-augusti respektive år

Kommentar (Analys) Personalomsättning (externa avgångar):

Fler medarbetare väljer att stanna kvar i våra verksamheter

De externa avgångarna bland tillsvidareanställda har minskat tydligt 2026. Utfallet januari–augusti 2026 är 6,99 %, jämfört med 9,11 % 2025 och 8,66 % 2024. Det är en positiv utveckling och innebär att färre tillsvidareanställda lämnar organisationen externt under årets första åtta månader.

Minskningen gäller både kvinnor och män. För kvinnor har externa avgångar minskat till 7,26 % 2026, från 8,97 % 2025 och 8,40 % 2024. För män är minskningen ännu tydligare: 6,10 % 2026, jämfört med 9,59 % 2025 och 9,57 % 2024. Skillnaden mellan kvinnor och män är därmed mindre 2026 än tidigare år.

Sammantaget visar personalomsättningen ett möjligt trendbrott. Lägre externa avgångar stärker förvaltningens möjligheter att behålla kompetens och minska trycket på rekrytering. Samtidigt behöver detta följas tillsammans med ökningen av visstidsanställningar. Om avgångarna minskar samtidigt som grundbemanningen stärks är det en framgång. Om ökningen av visstid däremot främst speglar svårigheter att bemanna ordinarie verksamhet behöver orsakerna analyseras vidare.

Sammanfattande analys

Personalstatistiken visar flera positiva signaler för socialförvaltningen 2026. Sjukfrånvaron minskar, frisknärvaron förbättras jämfört med 2025 och externa avgångar bland tillsvidareanställda går ned. Samtidigt ökar antalet tillsvidareanställda och antalet chefer. Tillsammans tyder detta på att organisationen har fått bättre förutsättningar att behålla kompetens, stärka grundbemanningen och minska delar av det bemanningstryck som påverkar verksamheten.

Den tydligaste positiva kopplingen finns mellan lägre sjukfrånvaro och förbättrad frisknärvaro.

När den totala sjukfrånvaron minskar från 8,68 % 2025 till 7,98 % 2026 ökar också andelen medarbetare med 0–7 sjukdagar från 43,26 till 49,05 %.

Det visar att fler medarbetare har låg frånvaro, även om nivån fortfarande är lägre än 2024. Förvaltningen verkar alltså ha vänt delar av 2025 års svagare utveckling, men behöver fortsätta följa om förbättringen blir stabil.

En annan viktig koppling är mellan ökad grundbemanning och minskad personalomsättning. Antalet tillsvidareanställda ökar till 2 524 personer 2026, samtidigt som externa avgångar minskar till 6,99 %. Det är en central framgång eftersom lägre personalomsättning minskar behovet av ersättningsrekrytering och ger bättre kontinuitet för både medarbetare, chefer och brukare.

Den största utmaningen är att visstidsanställningarna samtidigt ökar mycket kraftigt, från 275 personer 2025 till 580 personer 2026. Det kan delvis vara en medveten och nödvändig förstärkning, exempelvis för att möta sommarbemanning eller frånvaro. Men det kan också signalera att verksamheten fortfarande är beroende av tillfälliga lösningar.

Skillnaderna mellan kvinnor och män behöver fortsatt uppmärksamhet. Kvinnor har högre sjukfrånvaro, lägre frisknärvaro och något högre externa avgångar 2026 än män. Eftersom förvaltningen är starkt kvinnodominerad får dessa skillnader stor betydelse för helheten. Insatser för arbetsmiljö, återhämtning, rehabilitering och hållbart arbetsliv behöver därför särskilt träffa de yrkesgrupper och verksamheter där kvinnor är många och frånvaron är hög.

Åldersstrukturen visar både stabilitet och risk. Nästan tre av tio tillsvidareanställda är 55 år eller äldre, samtidigt som sjukfrånvaron är högst i åldersgruppen 50 år och äldre. Det gör att kompetensöverföring, anpassningar för ett längre arbetsliv och planering inför pensioner behöver vara en del av den strategiska kompetensförsörjningen. Förvaltningen behöver samtidigt ta tillvara den stora gruppen yngre visstidsanställda som möjlig framtida rekryteringsbas.

Samlad bedömning

2026 visar flera tecken på förbättring. De viktigaste framgångarna är lägre sjukfrånvaro, högre frisknärvaro än 2025, fler tillsvidareanställda och lägre externa avgångar. De viktigaste utmaningarna är den kraftiga ökningen av visstidsanställningar, fortsatt hög sjukfrånvaro bland kvinnor och äldre medarbetare samt behovet av att säkerställa att förbättringarna inte bara är tillfälliga utan leder till långsiktig stabilitet.

Mål: Främja digital och teknisk utveckling för en modern, tillgänglig och effektiv socialtjänst.	
Beskrivning: Socialnämnden ska arbeta för att stärka den digitala och tekniska utvecklingen inom socialtjänsten för att möta framtidens behov. Digitala lösningar ska vara tillgängliga för alla, oavsett funktionsförmåga, digital vana eller språklig bakgrund. Detta ska ske genom att utveckla digitala arbetssätt, förbättra teknisk infrastruktur och främja digital kompetens hos medarbetare, anhöriga och den enskilde. Det ska skapas förutsättningar för en mer tillgänglig, rättssäker och effektiv service. Arbetet ska bidra till ökad kvalitet, bättre samordning och stärkt delaktighet för deltagare/klient/brukare/patient. Inriktning: • Utveckla och implementera socialnämndens digitaliseringsplan. • I samverkan med övriga kommuner i Norrbotten arbeta med försörjningsstrategier i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) projekt Valfärdsteknik. • Inom socialnämndens område samt inom ramen för den kommunövergripande samverkan, fortsätta arbetet med SKR:s Handslag för digitalisering.	
Kommentar: Socialnämnden bedömer prognos för målsättning <i>Utforma och säkerställ arbetssätt och metoder utifrån synsättet digitalt först- fysiskt om det behövs</i>, i hög grad uppfyllt och trenden är ökande. Genom att konsekvent utgå från digitala lösningar som förstahandsval, och endast använda fysiska alternativ där det är nödvändigt, kan verksamheten skapa ett mer effektivt, tryggt och framtidssäkert arbetssätt – både för medarbetare och brukare. Den digitala tekniken ska även ses som en rättighet för brukaren. Inför införande av digitala lösningar behöver personalen få tillräckligt med stöd och utbildning som ett led i att öka kunskapen i det tekniska användandet och för att skapa förståelse för nytta med digitala verktyg. Det är avgörande att medarbetarna ser värdet i de digitala arbetssätten för att det ska bli hållbart över tid. Därför krävs också kontinuerlig information, återkoppling och anpassning utifrån personalens behov och erfarenheter. Utöver detta är det viktigt att följa upp pilotprojekt systematiskt och skala upp de lösningar som fungerar väl, med fokus på både brukarnytta och arbetsmiljö.	

Lärboxar "*Digitala introduktionsmoduler*" har tagits fram för nya medarbetare, där medarbetare får bekanta sig med de digitala verktyg som används i verksamheten. Inom verksamhetsområdet individ- och familjeomsorgen barn och unga har utbildningsinsatser genomförts för chefer.

Parallellt pågår arbete med att utveckla digitala stöd för informationshantering, dokumentation och journalföring samt att identifiera lösningar som kan effektivisera möten, minska handläggningstider och frigöra mer tid för klientnära arbete. Inom familjerätten utreds även möjligheten att erbjuda digitala stöd- och utbildningsinsatser för separerade föräldrar för att stärka tillgången till kvalitetssäkrad information och stöd utifrån barnets bästa.

Socialförvaltningens ledningsgrupp har genomfört en utbildning av AI Sweden med övriga ledningsgrupper inom kommuner utifrån ämnet- Ledningsgruppens roll i AI-resan.

Verksamhetsområde stöd och service deltar i SKR:s (Sveriges Kommuner och Regioner) arbete med försörjningsstrategin, vilket innebär att nuvarande användning av digitala hjälpmedel samt framtida behov kartläggs.

Kartläggningen ska ge ett kunskapsbaserat underlag för kommande beslut om investeringar i digitala lösningar och bidra till att utveckla och anpassa verksamhetens arbetssätt för att möta framtida behov på ett effektivt och hållbart sätt. Verksamheten planerar att vara klar med kartläggningen under hösten.

Arbetet med att införa digitala insatser inom vård och omsorg har fortsatt under perioden. En kartläggning har påbörjats för att identifiera vilka insatser som kan erbjudas utan individuell behovsbedömning, där den planerade insatsen *Digital vardagskontakt* utgör ett prioriterat utvecklingsområde. Kriterier och målgrupp för insatsen håller på att tas fram och ett beslutsunderlag bedöms kunna presenteras vid årsskiftet 2026/2027, under förutsättning att den pågående upphandlingen av tekniska lösningar slutförs enligt plan.

Samtidigt har användningen av digitala larm ökat inom vård- och omsorgsboenden. De sensorer som installerats i brukarnas lägenheter ger ett förbättrat stöd i tillsynsarbetet och har bidragit till att vissa arbetsuppgifter, exempelvis tillsyn vid fallrisk, kan utföras mer effektivt.

Sammantaget visar utvecklingen att digitala lösningar successivt stärker både kvaliteten i omsorgen och verksamhetens möjligheter att använda resurserna på ett mer effektivt sätt.

Övriga aktiviteter som pågår 2026:

- hälso- och sjukvårdsverksamheten ska testa en digital konsultation i samverkan med stöd i hemmet i Råneå. Omvärldsbevakning av en annan teknik har startats upp och när det är klart sätter pilotprojektet i gång.
- upphandling av läkemedelsgivare/automater pågår.
- projekt med digital läkemedelssignering (APPVA) har genomförts vid vård- och omsorgsboende samt inom Råneå hemtjänst. Upphandling inför ett breddinförande av digital signering pågår. Pilotprojektet har uppvisat ett positivt resultat i form av minskad andel avvikelser samt stor träffsäkerhet att patienter får sina ordinerade läkemedel i tid.
- utveckling av användandet av Copilot och SVEA samt att socialförvaltningen aktivt deltar i utredning av kommunövergripande satsning på gemensam AI-plattform med drift och underhåll och är med i arbetet kring gemensam målbild och datalager.
- boendestöd testar en digital applikation för möjlighet till videosamtal med brukare.
- inom individ- och familjeomsorgen finns det upprättat fler digitala e-tjänster och digitala mötesformer används mer.
- uppgradera alla äldreboenden med den senaste sensortekniken (larm), vilket också ska generera förändringar i arbetssätt för personalen. Upphandling av sensorteknik till alla andra boendeformer som kommunen ansvarar för ska genomföras.

Socialförvaltningen är med i initiativet *Handslag för digitalisering* som innebär att kommuner och koncernen för SKR (Sveriges kommuner och regioner), går samman om konkreta digitaliseringsinitiativ. Initiativen finns inom områden som socialtjänst, skola, grundläggande infrastrukturella förutsättningar och kompetensförsörjning inom digitalisering.

Utredning kring att implementera mobila trygghetslarm kommer startas under året, kommunövergripande projekt för så kallad digital post inom kommunen pågår samt bevakning av utveckling av nationell gemensam standard för inhämtning av data inom ekonomiskt bistånd.

Trygg i Luleå

Mål: Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka Välfärdsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap.



Beskrivning:

Socialnämnden ska bidra till ett tryggt och säkert samhälle genom tidiga insatser, intern och extern samverkan och med kunskapsbaserade metoder.

Arbetet omfattar även åtgärder för att motverka organiserad Välfärdsbrottslighet, skydda välfärdssystemet och säkerställa att resurserna når rätt individer. Socialnämnden ansvarar för att säkerställa att barn och unga växer upp under trygga och goda uppväxtförhållanden.

Fokus ska ligga på stärkt social hållbarhet med särskilt fokus på barn och unga, minska riskfaktorer, främja skyddsfaktorer och öka delaktigheten hos barn, unga och andra grupper i utsatta livssituationer.

För att möta ökade krav på trygghet och motståndskraft ska nämnden stärka säkerhets- och beredskapsarbetet inom socialtjänsten. Det innefattar att förebygga risker, hantera risker och säkerställa kontinuitet i verksamheten vid samhällsstörningar.

Inriktning:

- Socialnämnden ska arbeta för att skydda barn och unga från skadliga miljöer och ge dem det stöd de behöver. Genom tidiga och förebyggande insatser kan socialtjänsten stödja barn och unga innan problem växt sig stora. I alla beslut som rör barn och unga, ska barnets bästa alltid beaktas.
- Genom stärkt intern och extern samverkan arbeta för trygghet och säkerhet genom tidiga insatser, samt kartlägga och minska riskfaktorer.
- Utveckla insatser i samverkan, som stärker skyddsfaktorer utifrån identifierad lägesbild.
- Inom ramen av den kommunövergripande samverkan arbeta för en gemensam handlingsplan för Välfärdsbrottslighet.
- Inom ramen av den kommunövergripande samverkan arbeta för en gemensam riktning för det brottsförebyggande arbetet.
- Inom socialnämndens verksamheter ska ett fortsatt arbete med säkerhetsskyddsanalys genomföras.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognosen för målsättningen *Stärka det brottsförebyggande arbetet, motverka Välfärdsbrottslighet och skapa en ökad säkerhet och beredskap*, som i hög grad uppfyllt och trenden är ökande.

Utifrån samordningsansvaret i Luleå kommun för det brottsförebyggande arbetet utgår bedömningen bland annat från de ökade aktiviteter som genomförs i samverkan med såväl interna som externa samverkansparter.

Socialnämnden svarar enligt reglementet för det brottsförebyggande arbetet som bland annat innebär att förvaltningens brottsförebyggande samordnare är ansvarig för uppgiften att samordna berörda samverkansforum.

För att förebygga brott i Luleå, där intentionen att vara en växande kommun, krävs ett strukturerat och kunskapsbaserat arbete där alla förvaltningar deltar och bidrar utifrån lägesbild av brottsligheten och åtgärdsplaner.

Samverkan med andra myndigheter, organisationer, polisen och andra aktörer är avgörande för att skapa värde utöver vad varje part kan åstadkomma ensam. Inom det brottsförebyggande samverkansarbetet kommer det under hösten beslutas vid strategiskt råd om en samlad lägesbild och åtgärdsplan. Arbetet med åtgärdsplanen följer uppsatta tidsramar. Den reviderade planen för våldsbejakande extremism (VBE), som beslutas under hösten, inkluderas som en bilaga till övergripande lägesbild och åtgärdsplan för brottsförebyggande arbete i kommunen.

Vid arbetet med lägesbilden visar det på en ökad komplexitet avseende kommunens brottsförebyggande arbete. Riskbilderna pekar mot en ökad kapitalomsättning i vårt närområde som riskerar att attrahera kriminella aktörer, vilket kan ta sig uttryck i oseriösa upphandlingar, svart arbetskraft, illegala boenden, prostitution, människohandel och olika former av välfärdsbrottslighet.

Tillika pekar nationell kunskap på att företag i ökande grad fungerar som arenor eller möjliggörare för organiserad brottslighet, vilket innebär konsekvenser för det lokala samhället och våra barn och unga, samtidigt som de ansvariga aktörerna kan vara verksamma långt utanför regionen och landets gränser.

I den lokala statistiken syns flera trender. Anmälningar om hets mot folkgrupp har ökat markant under 2025, liksom rasistiskt klotter i EST-rapporteringen.

Detta indikerar en tilltagande normalisering av främlingsfientliga uttryck, vilket även bekräftas av beredningsgruppens observationer från skolmiljön.

Samtidigt minskar anmälningar om hedersrelaterade brott kraftigt över perioden 2022–2025, men det är oklart om detta beror på faktisk minskning, mörkertal, förändrat rapporteringsbeteende eller försämrad upptäcktsförmåga hos andra aktörer. Kopplingarna mellan hedersnormer, kriminalitet och extremistiska miljöer kvarstår dock som en relevant riskfaktor.

Den industriella utvecklingen, organiserad brottslighet, kommunens växande geostrategiska betydelse, digitaliseringens effekter och nationella trender inom exempelvis våldsbejakande extremism (VBE) riskerar idag direkt eller indirekt negativt påverka situationen för barn och unga.

Under första halvåret 2026 har flera förebyggande insatser genomförts inom områdena spel om pengar, alkohol och drogförebyggande arbete för barn och unga. Arbetet har präglats av bred samverkan mellan kommunens verksamheter, polis, ungdomsmottagning och externa kommunikationsaktörer, med syfte att öka kunskapen om riskbeteenden och stärka det förebyggande stödet till både unga och vårdnadshavare.

Inom området spel om pengar genomfördes en riktad informationskampanj till unga och föräldrar under perioden januari till april. Kampanjen omfattade en särskild informationssida, målgruppsanpassad kommunikation i sociala medier samt informationsmaterial riktat till unga mellan 13 och 20 år. Kampanjen genererade över 106 000 visningar och ledde till 320 besök på informationssidan, vilket visar på en god räckvidd och ett stort genomslag i målgruppen. En informationsfilm i ämnet har även tagits fram och planeras att spridas under hösten.

Inom alkoholområdet genomfördes flera riktade informationsinsatser under våren. Kampanjer riktade till unga och unga vuxna nådde närmare 96 000 visningar och genererade över 300 klick till kommunens stödsida för barn och ungdomar. Även riktade informationsinsatser till föräldrar genomfördes. Fältgruppen har dessutom tillsammans med stadens Systembolag genomfört en antilangningskampanj inför sommaren för att minska ungdomars tillgång till alkohol.

Kommunen fortsätter även det långsiktiga arbetet genom satsningen Blås Grönt, som syftar till att skapa trygga och drogfria ungdomsevenemang. Genom beviljade sociala investeringsmedel kan arbetet utvecklas under en treårsperiod med målet att fler arrangörer ska ansluta sig och att fler ungdomar ska nås av insatsen.

Resultatet från ANDTS-undersökningen (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel) visar att utvecklingen bland ungdomar i Luleå innehåller både positiva och negativa trender. Flera riskbeteenden fortsätter att minska, bland annat användningen av lustgas, sniffning, prestationshöjande kosttillskott och anabola steroider. Rökning med e-cigarett, narkotikaanvändning och lustgasbruk är också fortsatt mindre vanligt i Luleå jämfört med riket. Narkotikaanvändningen ligger överlag på en låg nivå och under riksgenomsnittet.

Samtidigt finns flera utmaningar som kräver fortsatt uppmärksamhet. Efter en längre period av minskad alkoholkonsumtion syns en viss ökning bland både elever i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2.

Användningen av tobak och nikotin förändras, där snusning ökar särskilt bland tjejer. En mindre ökning av rökning kan också noteras i årskurs 9.

Den mest framträdande negativa utvecklingen är det ökande spelandet om pengar bland killar, där nivåerna är högre än det nationella genomsnittet. Dessutom ses en viss ökning av narkotikaanvändning bland tjejer i årskurs 9.

Framgångsfaktorer

- Stor räckvidd i de digitala informationskampanjerna med sammanlagt över 200 000 visningar.
- God samverkan mellan kommunala verksamheter, ungdomsmottagning, polis, fältverksamhet och kommunikationsaktörer.
- Målgruppsanpassad kommunikation som når både unga och föräldrar.
- Hög digital synlighet och ett tydligt intresse genom antalet besök på stöd- och informationssidor.
- Säkrad långsiktig finansiering för utvecklingen av Blås Grönt genom sociala investeringsmedel.

Utmaningar

- Den ökande problematiken kring spel om pengar bland unga kräver fortsatt uppmärksamhet och förebyggande arbete.
- Att omsätta informationsinsatser till långsiktiga beteendeförändringar hos målgrupperna.
- Behov av att nå fler vårdnadshavare och stärka deras kunskap om riskfyllda beteenden och tidiga varningssignaler.
- Fortsatt behov av att skapa attraktiva och trygga alkohol- och drogfria miljöer för ungdomar.

Åtgärder

- Fortsatt arbete med tidigt förebyggande insatser riktade till barn och unga, ökad kunskap och samverkan mellan skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt andra berörda aktörer.
- Ett särskilt fokus bör riktas mot att motverka spelproblematik och att uppmärksamma de risker som ökad användning av alkohol, tobak och andra substanser kan medföra för ungdomars hälsa, trygghet och framtida livsvillkor.
- Stärkt arbete med att uppmärksamma de könsspecifika skillnader som framträder i undersökningen.
- Fortsätta och utveckla informationsinsatser inom spel om pengar med särskilt fokus på unga och deras vårdnadshavare.
- Sprida den framtagna informationsfilmen om spel om pengar och integrera den i det förebyggande arbetet.
- Fortsätta samverkansinsatser kring alkohol och langning inför riskperioder såsom skolväxlingar och större evenemang.
- Utveckla användningen av Blås Grönt genom att öka antalet arrangemang och deltagande ungdomar.
- Fortsätta följa upp kampanjernas effekter och anpassa insatserna utifrån identifierade behov och trender bland barn och unga.

Socialförvaltningen arbetar för att stärka säkerhets- och beredskapsarbetet inom socialtjänsten för att möta ökade krav på trygghet och motståndskraft. Det innefattar att förebygga risker, hantera risker och säkerställa kontinuitet i verksamheten vid samhällsstörningar.

Framkommer att flertalet aktiviteter genomförs, så som att:

- En mall för Kontinuitetsplaner är upprättad och publicerad i dokumenthanteringssystemet Rutinbanken. Säkerhetssamordnare bokar upp verksamheterna enligt befintlig planering för arbete med RSA (Risk- och sårbarhetsanalys).
- Bedömningar av förändrad verksamhet vid höjd beredskap pågår i och med risk- och sårbarhetsarbetet.
- En kommunövergripande krisövning med fokus på stabsarbete och kriskommunikation har genomförts i början av året med gott resultat.
- Det framtagna materialet för stabsarbete är under revidering. En fortsatt plan finns för stabsutbildning för krisledning och stabsfunktioner under året. Utveckling av krisledningslokal pågår. Ett fortsatt arbete sker med en uppdatering av befintlig kommunikationsplan tillsammans med förvaltningens kommunikatör.
- 30 maj medverkande socialförvaltningen under Totalförsvarsdagen, där socialförvaltningen visade delar av beredskapsmaterialet.
- Luleå och Bodens kommun arbetar tillsammans med Region Norrbotten och med Länsstyrelsen som projektägare med att ta fram ett kunskaps- och inriktningsunderlag för alternativa vårdmiljöer. Syftet är att kapacitets-höja hälso- och sjukvårdens slutenvårdsplatser i det geografiska närområdet i händelse av inträffad eller nära förestående katastrofsituation.

Klimatsmart och naturpositiv

Mål: Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan.



Beskrivning:

Socialnämnden ska verka för att måltider inom socialtjänstens särskilda boenden för äldre ska bidra till goda matvanor, samt att brukarna ska uppleva ökad kvalitet i måltidsupplevelse och måltidsmiljöerna.

Genom hållbara inköp, stärkt samverkan och stöd till lokal ekonomi, ska måltiderna bidra till ökad livsmedelssäkerhet, beredskap och självförsörjningsförmåga.

Kommentar:

Socialnämnden bedömer prognos för målsättningen *Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan*, som delvis uppfyllt och trenden är ökande.

Socialnämndens uppdrag är att måltider inom särskilt boende ska bidra till goda matvanor, ökad kvalitet i måltidsupplevelse samt stärkt livsmedelssäkerhet, beredskap och lokal självförsörjning. Verksamheten arbetar strukturerat och målmedvetet med att utveckla måltider inom särskilt boende i linje med uppdraget.

Socialförvaltningens inköp av lokalproducerade livsmedel under perioden april - juni 2026 uppgick till 33,5% och för vård och omsorg, under samma tidsperiod, är inköpen 34%. Det är en nedgång från föregående period med 1%.

Vård och omsorg beställer huvudkomponenten av lunch och middagsmåltiden från Öjebyns produktionskök och deras inköp av lokalproducerade livsmedel uppgår under samma tidsperiod till 17,2% jämfört med totalt inköp för Piteå kommun som uppgår till 17,9%. Sammantaget består vård och omsorgs måltider till 25,6% av lokalproducerade livsmedel.

Socialförvaltningens inköp av ekologiska livsmedel under samma period uppgick till 24,4% och för vård och omsorg under samma tidsperiod är inköpen 24,6%.

Socialförvaltningens inköp är oförändrat medan vård och omsorgs inköp har minskat med 0,6% sedan föregående period.

Inköp av ekologiska livsmedel för Öjebyns produktionskök uppgår under samma tidsperiod till 12,6%, jämfört med totalt inköp för Piteå kommun som uppgår till 12,9%. Sammantaget består vård och omsorgs måltider till 18,6% av ekologiska livsmedel.

Trots att inköpen av lokalproducerade och ekologiska livsmedel har gått ned något jämfört med föregående period är vård och omsorg fortfarande på rätt väg och målet nås både när det gäller lokalproducerat och ekologiskt. Ytterligare en kartläggning genomförs under 2026 för att följa trenden.

Under årets första månader identifierades behov av ökad likvärdighet, fortsatt uppföljning och ett mer gemensamt arbetssätt kring måltidsmiljö, smakupplevelse, konsumtion och minskat matsvinn inom särskilt boende. Under det andra kvartalet har flera åtgärder genomförts för att möta dessa utmaningar. Måltidsutvecklare har deltagit vid planeringsdagar och arbetsplatsträffar för att ge stöd i frågor som rör måltidsklockan, nattfasta, måltidsmiljö och nya arbetssätt.

För att stärka likvärdigheten tas även en gemensam mellanmålsfolder fram.

En framgångsfaktor är att verksamheten gått från analys till genomförande av konkreta utvecklingsinsatser. Enkäter visar att måltiderna i hög grad bidrar till gemenskap och trivsel för de boende, samtidigt som resultaten pekar på variationer mellan olika enheter. För att skapa en mer jämlik måltidsupplevelse fortsätter arbetet med konsumtionsmätningar och framtagande av gemensamt material för måltidsstandard och måltidskultur.

Sammantaget visar resultatet att de identifierade utmaningarna hanteras genom riktade åtgärder och ett fortsatt systematiskt utvecklingsarbete för att stärka måltidsupplevelse, goda matvanor och hållbarheten inom verksamheten. Resultat för mätetal gällande brukarupplevelse av måltid och måltidsmiljön, samt matsvinn, som ingår i benämningen konsumtionsmätningar (följer såväl energiintag som matsvinn) redovisas vid helårsuppföljningen. Ambitionen om ökad konsumtion är tydligt förankrad i verksamheten.

Aktuella mätetal inom ramen av målsättningen

Mätetal	Helår 2025	Utfall aug 2026	Mål 2026
Måltider inom särskilda boenden för äldre ska främja goda matvanor, en positiv måltidsupplevelse och minskad klimatpåverkan			
Brukares (inom särskilt boende för äldre) nöjdhet med måltiderna ska förbättras i jämförelse med föregående års (2025) resultat i nationella brukarundersökningen.	70% (2025)	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	75%
Brukares (inom särskilt boende för äldre) nöjdhet med måltidsmiljön ska förbättras i jämförelse med föregående års (2025) resultat i den nationella brukarundersökningen.	68% (2025)	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	73%
Andel (%) av inhandlade livsmedelsprodukter som är ekologiska - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	24,2% Säbo Luleå 11,4% Piteå	24,6 % Säbo Luleå 12,9 % Piteå 12,6 % Öjebyn	12,30%
Andel (%) av inhandlade livsmedelsprodukter som är lokalproducerade - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	36% Säbo Luleå 19,8% Piteå	34 % Säbo Luleå 17,9 % Piteå 17,2 % Öjebyn	18,7% Piteå
Matsvinn (Kökssvinn) /producerad portion(gram) - Piteå kommun strategiska plan 2026–2028.	0,1g	Resultat publiceras vid helårsuppföljn.	0,3g

2.2 Bidrag till program/planer/strategier

Inom ramen av Luleå kommuns plan för Bostadsförsörjningsprogram 2022–2030 arbetar förvaltningen med att:

- uppdatera förvaltningens Bostadsförsörjningsplan LSS som ska gälla 2027–2035
- genomföra en nulägeskartläggning gällande utformning av planerade särskilda boenden för äldre.
- i samverkan på kommunövergripande nivå och inom ramen av utbyggnadsplanen, genomföra ett arbete där lokalförsörjningen ska synliggöras tillsammans med utpekade utvecklingsområden (bostäder och arbetsplatsområden) i kommunen. Detta för att skapa en helhetsbild över den långsiktiga utvecklingen.
- driftsatt en E-tjänst för att säkerställa ärendeflöden kopplat till frågor om lokaler från socialförvaltningens verksamheter. Åtgärden genomförs i syfte att säkerställa att samtliga inkommande ärenden rörande lokaler hanteras via e-tjänsten, i stället för genom flera olika kanaler. Detta ökar möjligheten till ökad kvalitet, effektivitet och ger en bättre överblick och transparens över behoven i verksamheterna, samt att behov och svar på åtgärder blir samlat på ett ställe.

Utöver detta pågår en revidering av socialförvaltningens handlingsplan för minoritetsspråk, vilket grundar sig i från Luleå kommuns övergripande ansvar att främja de nationella minoritetsspråken.

2.3 Bidrag till framdrift inom service

Utifrån de fyra principerna inom projektet Sveriges bästa service har socialförvaltningen tagit flera konkreta steg för att stärka service, bemötande och tillgänglighet för invånare, brukare och anhöriga. Arbetet ska bidra till att kontakten med socialtjänsten blir mer sammanhållen, begriplig och anpassad efter den enskildes behov.

Inom ramen av begreppet service har socialnämnden Riktlinjer för god service, som funnits några år, kommer revideras under hösten 2026.

Första principen om att *Utgå från kundens situation* syns bland annat genom arbetet med En väg in, förebyggande stöd och personcentrerade arbetssätt. Dessa insatser syftar till att den enskilde ska få rätt stöd utifrån sin livssituation utan att behöva förstå socialtjänstens organisatoriska gränser.

Genom tidiga och mer samordnade insatser stärks förutsättningarna för att stödet ska vara relevant, tillgängligt och anpassat efter individens behov.

Andra principen om *Återkoppling* framgår genom utvecklingen av callback-funktioner, förbättrad hantering av synpunkter och klagomål samt olika former av anhörigdialog. Detta innebär att verksamheterna i större utsträckning tar ansvar för att återkomma med tydliga besked och löpande information. Arbetet ska stärka tryggheten för den enskilde och bidrar till ökad delaktighet och tillit i kontakten med socialtjänsten.

Tredje principen om *Förståelse och Orientering* syns i flera informations- och kommunikationsinsatser, exempelvis Koll på Soc, föräldramöten, informationsinsatser inom försörjningsstöd och barnanpassat informationsmaterial. Genom att göra socialtjänstens uppdrag, stödformer och processer mer begripliga blir det lättare för invånare, brukare och anhöriga att veta var de kan vända sig, vilket stöd som finns och vad som händer i kontakten med verksamheten.

Fjärde principen om *Smidigt och Snabbt stöd* framgår genom arbetet med färre kontaktvägar, digitala lösningar, förebyggande insatser utan behovsprövning och minskade väntetider. Exempel som digital hemtjänst, e-tjänster, videosamtal och utvecklade kontaktvägar visar hur förvaltningen arbetar för att minska onödiga steg och göra det enklare att få kontakt och stöd i rätt tid.

Sammantaget visar uppföljningen att socialförvaltningens utvecklingsarbete ligger i linje med projektet Sveriges bästa service. Insatserna ska bidra till högre tillgänglighet, tydligare information, bättre återkoppling och ett mer behovsanpassat stöd.

Det fortsatta arbetet behöver bland annat fokusera på att utveckla brukarinflytande, delaktighet, informationstillgänglighet och systematisk uppföljning för att ytterligare stärka kundupplevelsen och säkerställa en likvärdig och rättssäker socialtjänst.

3 Ekonomisk redovisning

3.1 Driftsredovisning med prognos för helår

Driftsredovisning, mkr	Utfall jan-apr 2026	Utfall jan-apr 2025	Prognos	Budget 2026	Avvikelse 2026
	699	648	926,5	952	+25,5
Total summa	699	648	926,5	952	+25,5

3.1.1 Kommentar till driftsredovisningen

Kommentar utfall

Socialförvaltningens sammanlagda avvikelse mot budget är +38,5 mkr för perioden. Föregående år samma period uppgick avvikelsen till +25,5 mkr. Periodens avvikelse på grund av semesterlöneskulden är +15,9 mkr bättre jämfört med året innan. Under förutsättning att de flesta semesterdagar tjänas in och tas ut under innevarande år kommer inte prognosen för året att påverkas nämnvärt.

Kommentar prognos

Socialnämndens prognos för året är +25,5 mkr. Överskottet beror dels på minskade kostnader inom personlig assistans med 10,5 mkr där antalet personer med ett beslut från Försäkringskassan har minskat. Det prognostiseras även ett överskott inom individ- och familjeomsorgen på 5 mkr beroende på minskade placeringskostnader, här har socialnämnden avsatt mer budget till ökade placeringskostnader de senaste två åren med ca 38 mkr. Även ett överskott på 10 mkr prognostiseras på grund av att socialnämnden har avsatt medel till övergångslösningar i väntan på inflyttning till Örnens korttidsboende. Övergångslösningen innebär att 9 platser startar upp vid Fyren som närståendeplatser samt dubbelrumslösning för att öka platser inom korttidsvården. På grund av svårigheter att rekrytera medarbetare har de avsatta medlen inte använts fullt ut.

Myndighet barn och unga uppvisar för perioden en avvikelse på +7,5 mkr. En omorganisation inom hela barnområdet är påbörjad i syfte att förändra och förbättra arbetet för att bättre möta behoven hos våra barn och ungdomar samt familjer. Man har under föregående år haft ett stort antal barn där ärenden varit komplexa med omfattande vårdbehov. Under året har dock trenden vänt och antal placeringar har minskat. Årsprognosen är +5 mkr.

Myndighet vuxen uppvisar för perioden en avvikelse på +7,3 mkr. Verksamheten ser ett fortsatt högt tryck på akutboende/ träningsboende. Under sommaren har det varit lågt antal placerade vuxna men förväntas öka igen under hösten då nya individer som tidigare tillhört barn och unga flyttats över till vuxen. Vi ser också en fortsatt hög efterfrågan på kontaktpersoner för vuxna. Framför allt handlar ärendena om social samvaro och att bryta ensamhet. Verksamheten kommer att fortsätta följa upp behov och arbetssätt under året. Försörjningsstödet ligger på perioden något högre än föregående år och har en positiv avvikelse på 1 mkr. Vi har fler antal hushåll jämfört med föregående år samt att varje hushåll har behov av mer försörjningsstöd för att uppnå en skälig levnadsnivå. Årsprognosen är 0 mkr

Hälso- och sjukvård uppvisar ett underskott på -0,3 mkr, orsakat av höga personalkostnader under sommaren. Föregående år var utfallet på perioden - 4 mkr. Prognosen för helåret är 0 mkr.

Särskilt boende inkl. korttidsvård uppvisar ett underskott på -6 mkr på perioden, till följd av sommarens personalkostnader och att man inte än fått ersättning för dubbelbeläggning. Årsprognosen kvarstår på 0 mkr, bland annat med hänsyn till ersättningar som ännu inte har bokförts. Bedömningen bygger även på att verksamheten under hösten förväntas ha ett lägre kostnadstryck än under sommarmånaderna då behovet av vikarier, övertid och andra sommarrelaterade merkostnader normalt minskar.

Ordinärt boende redovisar per augusti en negativ budgetavvikelse om -49,9 mkr. Rekryteringsutmaningar och en minskad andel medarbetare med delegation har bidragit till ökade kostnader, bland annat genom minskad flexibilitet i planering och bemanning. Det finns även utmaningar i introduktionsprocessen, där vissa nyanställda avslutar sin anställning tidigt, vilket medför ökade kostnader och påverkar kontinuitet samt bemanningsstabilitet.

Arbetet med schema- och bemanningsplanering fortsätter och kostnadsreducerande åtgärder har genomförts. Samtliga enheter arbetar utifrån handlingsplaner och områdescheferna är i högre grad involverade i schemaplaneringen för att säkerställa en effektiv process. Flera hemtjänstgrupper uppvisar under året en förbättrad kostnadsutveckling, även om utvecklingen varierar mellan verksamheterna. Arbetet fortsätter under hösten med målsättningen att successivt minska underskotten och stärka den ekonomiska balansen i verksamheten.

Verksamhetsområdets prognos uppgår till -55 mkr. Prognosen baseras på utfall per augusti och förutsätter en successivt avtagande kostnadsutveckling under årets återstående månader till följd av genomförda åtgärder.

Stöd och service uppvisar en avvikelse på -14,1 mkr. Under hösten 2024 samt under 2025 har flera brukare med omfattande behov, som tidigare haft beslut om personlig assistans, flyttat in på olika gruppboendestäder. Arbetet med att se över schemaläggning och bemanning kommer att kvarstå under året. Verksamhetsområdets prognos är 0 mkr då ytterfallen justeras mot en demografibudget på förvaltningsövergripande nivå.

Socialpsykiatri och öppenvård inkl. personlig assistans uppvisar en avvikelse på +0,7 mkr. Avvikelsen för personlig assistans är +3,4 mkr. Ärendemängden inom personlig assistans förändras ständigt under året. Verksamheten följer utvecklingen löpande. Inom stöd- och serviceboende finns fortsatt en utmaning kring 11-timmars dygnsvila och jourverksamhet. Verksamheten har utmaningar med ökad bemanning på vissa boenden för att möta brukarnas behov kopplat till både skadligt bruk och beroende och även ökade omvårdnadsbehov. Har under året även varit ökade kostnader för sanering och renoveringar i ett antal lägenheter främst på grund av bränder. Verksamhetsområdets prognos är 0. Under och överskott inom personlig assistans justeras mot förvaltningsövergripande men är inte justerad för augusti. Justeringen kommer att ske i september.

3.2 Investeringsredovisning med prognos för helår

Investeringsredovisning, mkr	Utfall jan-apr 2026	Utfall jan-apr 2025	Prognos	Budget 2026	Avvikelse 2026
Kostnader	3,7	1,2	6	-108,9	-114,9
Total summa	3,7	1,2	6	-108,9	-114,9

3.2.1 Kommentar till investeringsredovisningen

Kommentar utfall

Socialförvaltningen visar på perioden en negativ budgetavvikelse på -76,3 mkr. Samma period förra året låg avvikelsen på +89,6 mkr och slutade på ett överskott på +95,4 mkr. Årets avvikelse beror på att investeringsmedel borde ha flyttats över mellan åren på grund av att tidsplanen för Örnen fördröjts.

Kommentar prognos

Socialförvaltningen sammantagna årsprognos för investeringar är -114,9 mkr.

Prognosen följer senaste tidsplanen för byggnation. Budget har flyttats över till Infrastruktur-och serviceförvaltningen och därför redovisar nämnden ett underskott.

4 Socialnämndens delårsuppföljning privata utförare, januari - augusti 2026

Uppföljning av privata utförare har under perioden genomförts utifrån kontrollmoment i planen för 2026 års uppföljning och insyn av privata utförare. Delårsuppföljning för perioden januari-augusti 2026 presenteras i sin helhet och beslutas i socialnämnden 24 september 2026.

Socialnämndens plan för uppföljning av privata utförare är underordnad kommunfullmäktiges program för privata utförare.

Socialnämndens uppföljningsplan för privata utförare omfattar upphandlade tjänster gällande placering som verksamheter IFO barn och unga, IFO vuxen samt försörjningsenheten genomfört.

Uppföljningen har två övergripande syften:

- Kontrollera att den privata utförarens verksamhet utförs i enlighet med lagstiftning, mål och riktlinjer för verksamheten.
- Utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna.

Sammanfattning

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO Barn och unga och IFO Vuxen anlitat privata utförare när den egna verksamheten inte kunnat tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem har i huvudsak fungerat väl, även om vissa brister har identifierats avseende saknade kvalitetsledningssystem, dokumentation och uppföljning av direktupphandlingar.

Under perioden genomfördes totalt 29 direktupphandlingar, främst till följd av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser. Brister har framför allt identifierats inom dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt rapportering till inköps- och upphandlingsenheten. För att stärka kvaliteten och minska sårbarheten har verksamheten förstärkt arbetet med placerings- och inköpssamordning. Flertalet delegationsbeslut har hanterats enligt gällande rutin och förvarats i diariet, men vissa brister har noterats avseende försenad diarieföring. Allmänhetens insyn bedöms vara säkerställd i huvudsak, även om vissa brister i diarieföringen har identifierats.

När det gäller nyckeltal rapporterades nio (9) sammanbrott inom IFO Barn och unga och 16 sammanbrott inom Vuxenenheten under perioden januari–augusti 2026.

Inga sammanbrott rapporterades inom Försörjningsenheten. Sammantaget bedöms de granskade kontrollmomenten fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus behöver riktas mot dokumentation, diarieföring, delegationshantering och uppföljning av direktupphandlingar för att säkerställa en rättssäker och kvalitetssäkrad process.

Totala kostnader för perioden januari-augusti 2026:

- IFO barn och unga: 45 297 396 kronor
- IFO Vuxen: 7 940 998 kronor

Totalt: 53 783 899 kronor

Övriga avtalssamverkan

Utöver ovan har socialnämnden även avtalssamverkan med Piteå kommun avseende matproduktion till ordinärt och särskilt boende. De har också skett avtalssamverkan med E-nämnden och Region Norrbotten.



§ 77

Delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens plan för internkontroll 2026

Ärendenr 2025/347-3.9.0.2

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna delårsuppföljning av internkontroll för perioden januari – augusti 2026.

Sammanfattning av ärendet

Internkontroll syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs effektivt och säkert.

Socialnämndens internkontrollplan för 2026 omfattar nio (9) kontrollmoment. Kontrollmomenten avser både väsentliga formella områden, exempelvis korruption och HR, samt huvudprocesser inom nämndens kärnverksamhet.

I delårsuppföljning januari-augusti 2026 framkommer det både sådant som fungerar och där det finns fortsatt behov av åtgärder/aktiviteter.

Ett (1) av kontrollområdena **uppnår målvärde**, det är:

- efterlevnaden av rutiner inom området för korruption.

Sju (7) kontrollområden är **nära målvärde**, dessa är:

- säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler
- efterlevnad av rekryteringsprocessen
- efterlevnad och systematisk uppföljning sker i enlighet med process för avvikelshantering (SoL, LSS och HSL)
- efterlevnad av processen för synpunkter och klagomål
- social dokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt
- delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin
- utredning och dokumentation inom barn och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Ett (1) kontrollområde uppnår ett **ej accepterat värde**, det är:



- förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid (inom 14 dagar).

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att godkänna delårsuppföljning av internkontroll för perioden januari – augusti 2026.

Sammanträdet

Socialförvaltningen föredrar ärendet.

Beslutsgång

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Uppföljning av internkontroll för perioden januari – augusti 2026 kommer att behandlas av de fackliga företrädarna vid förvaltningens forum för information och för handling, 2026-10-19.

Beslutsunderlag

- Delårsuppföljning internkontroll januari – augusti 2026, SOC Hid: 2026.3215
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari - augusti 2026, Socialnämndens plan för internkontroll 2026, SOC Hid: 2026.3214

Förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari - augusti 2026 - Socialnämndens plan för internkontroll 2026

Ärendenr 2025/347-3.9.0.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna delårsuppföljning av internkontroll för perioden januari – augusti 2026.

Sammanfattning av ärendet

Internkontroll syftar till att säkerställa att verksamheten bedrivs effektivt och säkert.

Socialnämndens internkontrollplan för 2026 omfattar nio (9) kontrollmoment. Kontrollmomenten avser både väsentliga formella områden, exempelvis korruption och HR, samt huvudprocesser inom nämndens kärnverksamhet.

I delårsuppföljning januari-augusti 2026 framkommer det både sådant som fungerar och där det finns fortsatt behov av åtgärder/aktiviteter.

Ett (1) av kontrollområdena **uppnår målvärde**, det är:

- efterlevnaden av rutiner inom området för korruption.

Sju (7) kontrollområden är **nära målvärde**, dessa är:

- säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler
- efterlevnad av rekryteringsprocessen
- efterlevnad och systematisk uppföljning sker i enlighet med process för avvikelshantering (SoL, LSS och HSL)
- efterlevnad av processen för synpunkter och klagomål
- social dokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt
- delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin
- utredning och dokumentation inom barn och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Ett (1) kontrollområde uppnår ett **ej accepterat värde**, det är:

- förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid (inom 14 dagar).

Dialog

Uppföljning av internkontroll för perioden januari – augusti 2026 kommer att behandlas av de fackliga företrädarna vid förvaltningens forum för information och för handling, 2026-10-19.

Beslutsunderlag

- Delårsuppföljning internkontroll januari – augusti 2026

Anette Hedman
Kvalitetsstrateg

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Kommunstyrelseförvaltningen, Ekonomiavdelningen



Delårsuppföljning jan – aug 2026

Socialnämnden



Dokumentnamn	Kategori	Publicerad
Delårsuppföljning Internkontroll, jan-aug 2026	Framåtsyftande	• Evolution

Ärendenummer	Beslutad av	Beslutsdatum	Giltighetstid
2025/347	Socialnämnd	2026-xx-xx	2026-12-31

Ersätter	Dokumentägare	Gäller för
	Socialdirektör	Förvaltningens alla verksamheter

Syfte

Socialnämndens följer upp internkontroll vid del- och helår, för kontroll av att verksamheten når sina mål med effektivitet, säkerhet och stabilitet, utifrån 2026 års valda kontrollområden och tillhörande kontrollmoment.

Internkontrollen beskriver vilka risker som nämnden bedömer som höga och därmed kontrollera och säkerställa att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande, samt att verksamheten efterlever lagar, regler och avtal mm. Om avvikelser identifieras ska åtgärder vidtas och ansvariga för dessa ska framkomma.

Uppföljning

Uppföljning av socialnämndens plan av internkontroll sker vid del- och helår.

Innehåll

1 Sammanfattning	3
2 Hantera ekonomi	4
2.1 Identifiera eventuella avvikelser gällande mutbrott, trolöshet mot huvudman.	4
2.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa efterlevnaden av rutiner inom området för korruption.....	4
3 Hantera HR	5
3.1 Rekryteringsprocess	5
3.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställ att processen vid nyanställning efterlevs på ett ändamålsenligt sätt.	5
4 Tillhandahålla lokaler och fastighetsnära service	7
4.1 Färdigställande och tillträde till boende och lokaler	7
4.1.1 Kontrollmoment: Säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler	7
5 Huvudprocess (kommunala uppdraget)	8
5.1 Process för avvikelshantering (SoL, LSS och HSL)	8
5.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera i verksamhetssystem och säkerställa att processen för avvikelshantering efterlevs enligt rutin (SoL, LSS och HSL).....	8
5.2 Process Synpunkter och klagomål	9
5.2.1 Kontrollmoment: Säkerställa att processen för synpunkter och klagomål efterlevs enligt rutin.	9
5.3 Social dokumentation	10
5.3.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa att social dokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt.	10
5.4 Process Delegeringsuppdraget	11
5.4.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa att delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin Delegering av medicinska insatser och på ett ändamålsenligt sätt.	11
5.5 Förhandsbedömningar och dokumentationskrav inom barn och unga genomförs i enlighet med lag och föreskrift (14 dagar).....	12
5.5.1 Kontrollmoment: Säkerställa att förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid (inom 14 dagar).	13
5.6 Utredningar inom barn och unga genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter.	15
5.6.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställ att utredning och dokumentation inom barn- och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.	15

1 Sammanfattning

Internkontroll syftar till att verksamheten ska bedrivas effektivt och säkert.

Socialnämnden har i plan för internkontroll 2026, nio (9) kontrollmoment som både berör viktiga formalia inom till exempel området Korruption, HR och huvudprocesser som berör kärnverksamheten.

I delårsuppföljning jan-aug 2026 framkommer det både sådant som fungerar och där det finns fortsatt behov av åtgärder/aktiviteter.

Ett (1) av kontrollområdena **uppnår målvärde**, det är:

- efterlevnaden av rutiner inom området för korruption

Sju (7) kontrollområden är **nära målvärde**, dessa är:

- säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler
- efterlevnad av rekryteringsprocessen.
- efterlevnad och systematisk uppföljning sker i enlighet med process för avvikelshantering (SoL, LSS och HSL)
- efterlevnad av processen för synpunkter och klagomål.
- social dokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt.
- delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin
- utredning och dokumentation inom barn och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Ett (1) kontrollområde uppnår ett **ej accepterat värde**, det är:

- förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid (inom 14 dagar).

2 Hantera ekonomi

2.1 Identifiera eventuella avvikelser gällande mutbrott, trolöshet mot huvudman.

Risk finns för brister i rutin att skyndsamt identifiera eventuella avvikelser gällande mutbrott, trolöshet mot huvudman.

	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	4	Socialnämnd

2.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa efterlevnaden av rutiner inom området för korruption

Kontrollera och säkerställa att efterlevnaden av rutiner inom området för korruption är god och eventuella avvikelser skyndsamt identifieras och omhändertas.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
Enhetschef - ekonomi & infrastruktur	Del- och helår	Stickprov	 Pågår

Kommentar:

Socialnämnden bedömer målvärdet som uppnått, utifrån att inga avvikelser framkommit inom området för korruption.

Under perioden har det genomförts stickprov på ett urval av entreprenadköp där prisnivåer jämförts med gällande ramavtal. Kontrollen visar att det avtalade villkoren följs.

3 Hantera HR

3.1 Rekryteringsprocess

Risk för brist i efterlevnad av rekryteringsprocessen

	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	4	Socialnämnd

3.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställ att processen vid nyanställning efterlevs på ett ändamålsenligt sätt.

Kontrollera och säkerställa att rekryteringsprocessen vid nyanställning efterlevs på ett ändamålsenligt sätt och enligt rutin. Vid kontroll säkerställa att det vid anställning har inhämtats arbetstillstånd, att referenser tagits, utdrag från belastningsregistret och kompetenskrav i svenska språket.

Genomförs av HR-konsulterna.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
HR chef	Del- och helår	Stickprov (20 slumpmässigt utvalda chefer)	 Pågår

Kommentar:

Socialnämnden bedömer att efterlevnaden gällande rekryteringsprocessen vid nyanställning är nära målvärdet.

Även om bedömningen inte når uppnått målvärde har en förbättring skett inom ramen av kontrollpunkterna (se nedan). Åtgärder som framförts är att ansvarig chef (oavsett ledningsnivå) ska säkerställa att rekryteringsprocessen efterlevs i samtliga rekryteringar och att chefer ska följa socialförvaltningens riktlinjer och rutiner för rekrytering som finns tillgängliga på intranätet. Utöver detta bör rekryterande chef kontakta Kompetensförsörjningsenheten för stöd och vägledning vid rekrytering av tills vidare anställda och vikarier.

För perioden har 20 stickprov genomförts hos slumpmässigt utvalda chefer som genomfört en nyanställning utan stöd från Kompetensförsörjningsenheten.

Stickproven har omfattat att:

- utdrag ur belastningsregistret utförts
- arbetstillstånd kontrollerats
- referenser tagits
- den sökande har styrkta dokumenterade kunskaper i svenska språket motsvarande åk 9.

Vid stickprov framkommer att av de 20 slumpmässigt utvalda cheferna visar det på en förbättring i jämförelse med årsuppföljningen. Samtliga av tillfrågade chefer som rekryterat själva utan stöd av enhet Kompetensförsörjning har genomfört kontrollerna.

När det gäller kontroll av styrkta kunskaper i svenska (grundläggande krav, betyg lägst motsvarande 9-årig grundskola) framkommer att ett fåtal av cheferna har vid rekrytering av korttidsvikarier, genomfört en muntlig bedömning av svenska språket vid intervjutillfället. Orsak till detta uppges vara att tillämpningen har skett när rekrytering måste ske skyndsamt, i och med brist på vikarier, för att täcka frånvaro och en korttidsvikarie bara ska jobba kortare tid. Chefen ansvarar, utöver detta, även för att medarbetaren introduceras i det praktiska arbetet och för att följa upp hur arbetet fortgår.

Åtgärd/aktivitet:

I och med att den nationell lagförändring om språkrav införts 1 juli, pågår ett förberedande arbete inför det språktest eller självskattningstest som kommer införas vid rekrytering av såväl tillsvidareanställda som vikarier. Språkraven kommer utgå utifrån Gers-skalan, som är en gemensam europeisk referensram för språk (GERS) och innehåller ett standardiserat system för att bedöma språkkunskaper. Systemet täcker färdigheter inom att läsa, lyssna, tala och skriva.

4 Tillhandahålla lokaler och fastighetsnära service

4.1 Färdigställande och tillträde till boende och lokaler

Risk för att färdigställande och tillträde till boende och lokaler försenas som bland annat generar ökade kostnader.

ou_cat1	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
	Socialdirektör		4	4	Socialnämnd

4.1.1 Kontrollmoment: Säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler

Kontrollera och säkerställa att efterlevnad sker av rutiner kopplade (inom ramen av förvaltningens beställning) till färdigställande och tillträde till lokaler, samt att eventuella avvikelser skyndsamt identifieras och omhändertas.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
Enhetschef-Ekonomi avd	Del- och helår	Kontrollera alla	 Pågår

Kommentar:

Socialnämnden bedömer kontrollområdet som nära målvärde.

För att säkerställa att beställning av lokaler, färdigställande av lokaler och tillträde till lokaler, samt att eventuella avvikelser skyndsamt identifieras och omhändertas, pågår ett arbete med att kartlägga lokalhanteringsprocessen, identifiera centrala flöden såsom nyförvärv, anpassningar och uppsägningar. Nästa steg är att inleda arbete med processkarta för att tydliggöra ansvar och roller.

Under våren upprättades en E-tjänst där verksamheternas behov fångas upp och alla inkomna ärenden kan på ett säkrare och systematiskt sätt tas om hand och avslutas.

För övrigt genomförs det i samverkan på kommunövergripande nivå och inom ramen av utbyggnadsplanen, ett arbete där lokalförsörjningen ska synliggöras tillsammans med utpekade utvecklingsområden (bostäder och arbetsplatsområden) i kommunen. Detta för att skapa en helhetsbild över den långsiktiga utvecklingen.

En första version är under färdigställande som där efter ska upp till politisk nivå för ett beslut.

Lokalförsörjningen omfattas av redan beslutade projekt och har en tidshorisont fram till 2032, dvs när inflyttning förväntas ske.

5 Huvudprocess (kommunala uppdraget)

5.1 Process för avvikelshantering (SoL, LSS och HSL)

Risk för att händelseanalys av avvikelse (enligt avvikelseprocess och rutin) saknar dokumenterade bakomliggande orsaker till händelsen

	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	4	Socialnämnd

5.1.1 Kontrollmoment: Kontrollera i verksamhetssystem och säkerställa att processen för avvikelshantering efterlevs enligt rutin (SoL, LSS och HSL).

Chef (oavsett ledningsnivå ska regelbundet genomföra systematisk kvalitetsuppföljning av avvikelser, dokumentera resultatet, genomföra analys över bakomliggande orsaker och vid ej uppfyllda resultat, ge förslag på ytterligare åtgärd/aktiviteter utifrån resultat och bedömning. Systematisk kvalitetsuppföljning redovisas vid respektive ledningsgrupps kvalitetsråd.

Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinsk ansvarig för rehabilitering (MAR) och socialt ansvarig samordnare (SAS) genomför gemensamt kontroller i verksamhetssystemet. De följer även upp hur rutiner och arbetssätt efterlevs. Resultatet används för att bedöma efterlevnaden på förvaltningsövergripande nivå. Rapporterar regelbundet till socialnämnden.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
MAS, MAR och SAS	Del – och helår	Stickprov	 Pågående

Kommentar:

Socialnämndens bedömning är att arbetet med avvikelshantering till stor del fungerar och ligger nära målvärdet.

Verksamheterna har fortsatt att stärka avvikelseprocessen genom att öka kunskapen om när, hur och varför avvikelser ska rapporteras samt genom att främja en öppen och trygg rapporteringskultur. Som en del i arbetet har MAS och SAS fört dialog med enhetschefer och sjuksköterskor inom särskilt boende för äldre för att stärka förståelsen och efterlevnaden av avvikelseprocessen.

Den systematiska kvalitetsuppföljningen har fortsatt att utvecklas positivt sedan senaste delåruppföljningen. Chefer analyserar i högre grad avvikelser, utreder orsaker, vidtar åtgärder och återkopplar till medarbetare, vilket stärker förutsättningarna att tidigt identifiera och förebygga kvalitetsbrister. Arbetet omfattar nu samtliga avvikelseområden i större utsträckning än tidigare, då fokus främst låg på fall- och läkemedelsavvikelser. Detta visar på en utveckling där arbetet i högre grad fokuserar på analys och åtgärder, snarare än enbart på statistik såsom antal avvikelser.

För att nå målvärdet behöver avvikelser utredas och allvarlighets bedömas mer skyndsamt av ansvarig profession, åtgärder följs upp över tid samt orsaker till låg rapportering analyseras och vid behov åtgärdas.

Åtgärd/aktivitet:

Verksamheterna behöver vidta åtgärder för att nå målvärdet, dvs:

- att avvikelser i större utsträckning utredas och allvarlighets bedömas i närtid till den inträffade händelsen
- att vidtagna åtgärder följs upp över tid och att verksamheter där det finns få rapporterade avvikelser utreder orsaken till det och vid behov vidtar lämpliga åtgärder.
- MAS (medicinsk ansvarig sjuksköterska), MAR (medicinsk ansvarig för rehabilitering) och SAS (socialt ansvarig samordnare) fortsätter som tidigare med stärkt kvalitetskontroll av verksamheternas följsamhet till avvikelseprocessen.
- MAS och SAS kommer under hösten 2026 träffa alla enhetschefer och sjuksköterskor inom hemtjänsten för dialog om avvikelshantering.

5.2 Process Synpunkter och klagomål

Risk för att brist i efterlevnad av process för synpunkter och klagomål. Detta kan leda till brister att omhänderta förbättringsåtgärder som krävs.

	Ansvarig	Risikvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		4	3	Socialnämnd

5.2.1 Kontrollmoment: Säkerställa att processen för synpunkter och klagomål efterlevs enligt rutin.

Kontrollera i verksamhetssystem och säkerställa att processen för synpunkter och klagomål efterlevs enligt rutin.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
SAS	Del- och helår	Stickprov	 Pågående

Kommentar:

Socialnämndens bedömning är att arbetet med synpunkter och klagomål till stor del fungerar och ligger nära målvärdet.

Uppföljningen visar att rutinen för synpunkter och klagomål är väl känd inom samtliga verksamhetsområden och att chefer i högre grad arbetar systematiskt med processen. Kvaliteten i utredningar och återkoppling har förbättrats, vilket har lett till att brister identifieras oftare och åtgärdas i större utsträckning.

Samtidigt behöver efterlevnaden stärkas när det gäller att registrera och utreda synpunkter i verksamhetssystemet för att bättre kunna identifiera mönster, risker och förbättringsområden. Ett ytterligare utvecklingsområde är att säkerställa att avvikelser upprättas när synpunkter visar på bakomliggande brister i verksamheten.

Åtgärd/aktivitet:

- Samtliga verksamhetsområden ska omhänderta uppgiften att säkerställa utförande av ett strukturerat arbete för att säkerställa full kännedom, följsamhet och systematisk hantering av synpunkter och klagomål. Detta är avgörande för att stärka kvalitet, rättssäkerhet och möjligheten till tidiga förbättringsåtgärder.
- Verksamheten ansvarar för att informera brukare/klienter/patienter/anhöriga om möjligheten att lämna synpunkter/klagomål via kommunens hemsida.
- Kvalitetsavdelningen planerar att ta fram en webbutbildning för synpunkter och klagomål.
- Socialt ansvarig samordnare, SAS, genomför utifrån ett särskilt ordförandeuppdrag, stärkt kvalitetskontroll, vilket ger socialnämnden tätare kvalitetsuppföljning under 2026.

5.3 Social dokumentation

Risk för avsaknad av aktuell social dokumentation i brukarens journal.

	Ansvarig	Risikvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	3	Socialnämnd

5.3.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa att social dokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt.

Chef (oavsett ledningsnivå) har ansvar att löpande - för sina enheter kontrollera och säkerställa, att kravet av social dokumentation efterlevs enligt rutin.

SAS kontrollerar i verksamhetssystem och säkerställer att processen för social dokumentation efterlevs enligt rutin och genomför bedömning.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
SAS	Del- och helår	Stickprov	 Pågående

Kommentar:

Socialnämnden bedömer efterlevnaden av rutinen för social dokumentation som nära målvärdet.

Periodens uppföljning visar flera styrkor inom den sociala dokumentationen, såsom ökade utbildningsinsatser, utsedda dokumentationsombud, fler egenkontroller och att dokumentationen i högre grad används som en del av verksamheternas kvalitetssäkring. Samtidigt kvarstår brister, bland annat kopplat till dokumentation av avvikelser, lex Sarah samt kvaliteten i journalanteckningar. Förutsättningarna för dokumentationsombudens stöd och den systematiska uppföljningen varierar mellan verksamheter, vilket påverkar målfyllelsen.

Sammantaget behöver arbetet fortsätta för att säkerställa att social dokumentation genomförs enligt rutin och på ett rättssäkert och ändamålsenligt sätt.

Åtgärd/aktivitet:

Samtliga chefer ansvarar för att:

- avsätta tid för att dokumentationsombudet ska kunna arbeta enligt rollbeskrivningen.
- säkerställa att rutin, vägledning och e-utbildning är känd och efterlevs på enheten/verksamheten.
- säkerställa att medarbetare hjälps åt när medarbetare (vikarier) som saknar behörighet till verksamhetssystemet, överrapporterar dagens händelser till en kollega som genomför dokumentationen.
- identifiera vilka brister som finns inom enheten/verksamhetsområdet och vidta åtgärder för att säkra kvaliteten i den sociala dokumentationen.
- skapa förutsättningar för dokumentationsombudens utrymme och möjlighet till att ge stöd till sina kollegor vid social dokumentation.
- genomföra systematisk kvalitetsuppföljning med att upprätta, genomföra och följa upp åtgärder som krävs för att öka efterlevnaden.

Kvalitetsavdelningen:

- ska revidera Vägledning för social dokumentation, bland annat med beskrivning om hur dokumentation ska utföras av annan medarbetare då kollega saknar behörighet i verksamhetssystemet och dokumentation kopplat mot insatser utan behovsprövning. Åtgärden innebär även revidering av riktlinjer för social dokumentation.

5.4 Process Delegeringsuppdraget

Risk för brist i efterlevnad av rutin, delegering av medicinska uppgifter.

	Ansvarig	Risikvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	4	Socialnämnd

5.4.1 Kontrollmoment: Kontrollera och säkerställa att delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin Delegering av medicinska insatser och på ett ändamålsenligt sätt.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) - via stickprov, kontrollera och säkerställa att kravet i delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin (*Rutin Delegering av medicinska insatser*), säkerställa och kontrollerar för en bedömning av efterlevnaden på förvaltningsövergripande nivå.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
MAS	Del- och helår	Stickprov	 Pågående

Kommentar:

Socialnämnden bedömer efterlevnaden av rutin Delegering av medicinska insatser som nära målvärde.

Framkommer att efterlevnaden av rutinen sker genom att delegeringar bedrivs till stor del strukturerat och en framtagna checklista har bidragit till mer likvärdiga bedömningar av kompetens inför delegering. För denna uppföljningsperiod framkommer dock att det under sommaren identifierats brister där delegeringar i några enheter inte förnyats enligt rutin, vilket lett till att ogiltiga delegeringar förekommit under sommaren. Viktigt att poängtera att inga allvarliga avvikelser kopplat till brukarinsats har skett med anledning av det.

Framkommer i uppföljningen att ett stort intresse finns för utbildningar inom läkemedels- och insulinhantering, men ett betydande bortfall mellan bokning och deltagande samt en relativt låg andel godkända provresultat. Detta pekar på behov av fortsatt arbete för att stärka efterlevnaden av delegeringsrutiner och säkerställa tillräcklig kompetens.

Ovanstående är orsak till periodens bedömning av måluppfyllelsen i jämförelse med förra uppföljningen då bedömningen var att målvärdet var uppnått.

Åtgärd/aktivitet:

För att stärka måluppfyllelsen behöver förvaltningen säkerställa att delegeringar förnyas enligt rutin, förstärka den löpande uppföljningen och interna kontrollen, samt öka deltagandet och resultaten i utbildningar och kunskapstester. Där utöver behöver ett fortsatt fokus läggas på kompetensutveckling och en likvärdig tillämpning av delegeringsprocessen i samtliga verksamheter.

Respektive verksamhet/enhet ska

- i samarbete med legitimerad personal och medarbetare säkerställa att delegeringar förnyas i tid
- stärka sin uppföljning av delegeringar genom stickprovskontroller
- se över möjligheter till tillvägagångssätt för att öka medarbetarnas deltagande i utbildningar och prov
- i samverkan med legitimerad personal se över möjligheter på tillvägagångssätt för att höja andelen godkända provresultat
- dela med sig arbetssätt som uppvisar hög efterlevnad och goda resultat.

5.5 Förhandsbedömningar och dokumentationskrav inom barn och unga genomförs i enlighet med lag och föreskrift (14 dagar).

Förhandsbedömning: Vid anmälningar om oro för ett barn ska socialnämnden bedöma om en utredning ska inledas eller inte.

En utredning ska inledas om ett barn kan vara i behov av insatser till skydd eller stöd från socialtjänsten. En utredning ska inte inledas om det står klart att socialnämnden inte kan eller bör vidta några åtgärder.

Socialtjänsten kan ta kontakt med barnet, vårdnadshavarna och den som har gjort anmälan för att få mer information om oron samt barnets och vårdnadshavarnas inställning till den.

Barn har rätt till relevant information och bör få möjlighet att komma till tals med socialtjänsten om innehållet i en anmälan, men socialtjänsten behöver göra individuella bedömningar utifrån varje barns situation.

	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	3	Socialnämnd

5.5.1 **Kontrollmoment:** Säkerställa att förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid (inom 14 dagar).

Specialistsocionom/VC ska kontrollera, via stickprov i verksamhetssystem, att efterlevnad sker av lagkrav gällande förhandsbedömning och dokumentation inom barn och unga. Förhandsbedömning i nya och pågående ärenden:

- Beslut om att inleda utredning eller inte ska fattas inom fjorton dagar från det att anmälan kom in.
- Om andra kontakter behöver tas inleds en utredning.
- När socialtjänsten har bedömt om man ska inleda eller inte inleda en utredning ska ett formellt beslut fattas. Socialnämnden ska fatta beslut om att inleda eller inte inleda en utredning inom 14 dagar från det att en anmälan kommit in. Om det finns synnerliga skäl kan förhandsbedömningen ta längre tid än 14 dagar.
- Exempel på synnerliga skäl kan vara att ett polisförhör behöver hållas eller att det trots ansträngningar inte går att få tag i familjen. Organisatoriska problem, arbetsanhopning eller brist på resurser är inte sådana skäl.

Dokumentation:

- Beslut om att inleda en utredning dokumenteras i barnets akt.
- Beslutar socialnämnden att inte inleda en utredning, bör beslutet också dokumenteras i barnets akt.
- Om barnet inte har en akt sedan tidigare, dokumenteras beslutet på eller i anslutning till den handling som upprättades eller inkom i samband med att anmälan kom in.
- Beslutet ska diarieföras och sparas, men inte på ett sätt som gör det möjligt att söka på namn eller personnummer. Socialtjänsten samlar sådana beslut och beslutsunderlag i kronologisk ordning i pärmar eller digitalt.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
Verksamhetschef IFO barn och Unga	Del- och helår	Via stickprov kontroller 20 (st) om dessa uppfyller kraven.	 Pågående

Kommentar:

Socialnämnden bedömer sammantaget att efterlevnaden förhandsbedömning och dokumentationskrav inte uppnår ett accepterat värde.

Uppföljningen av 30 förhandsbedömningar och 30 utredningar inom Barn- och ungaenheten visar delvis att enheten följer lagstiftning och interna rutiner, men att det finns kvarstående brister som påverkar rättssäkerheten och gör att målen inte kan bedömas som fullt uppfyllda. Framför allt behöver dokumentationen, hanteringen av tidsöverskridanden, återkopplingen till anmälare och barns delaktighet utvecklas för att säkerställa en mer enhetlig och rättssäker handläggning.

Framkommer att:

- tidigare kännedom om barnet eller familjen beaktas i de flesta bedömningar.
- majoriteten av förhandsbedömningarna (24 av 30) avslutades inom lagstadgad tidsram.
- barnsamtal genomfördes i över hälften av förhandsbedömningarna (17 av 30).
- när barnsamtal eller barns medverkan uteblev fanns i huvudsak dokumenterade skäl.
- barnets röst framkom i 21 av 30 granskade utredningar.
- verksamheten visar en grundläggande medvetenhet om vikten av rättssäker dokumentation, återkoppling och barns delaktighet.

Utvecklingsbehov och brister identifieras i form av att:

- dokumentationen är ofta otillräcklig när det gäller hur tidigare kännedom om barnet eller familjen har vägts in i bedömningen
- brister finns i återkopplingen till anmälare.
- sex ärenden överskred tidsgränsen för förhandsbedömning utan dokumenterade skäl, vilket innebär att verksamheten inte kan visa att lagens krav om synnerliga skäl varit uppfyllda.
- barns delaktighet varierar mellan ärenden och behöver stärkas genom hela handläggningsprocessen.
- efterlevnaden av lagstiftning och interna rutiner är inte tillräckligt enhetlig.

Åtgärder/aktivitet:

För att stärka rättssäkerheten och nå full efterlevnad av lagstiftning och interna rutiner ska barn och ungaenheten säkerställa arbete med:

- organisatoriska förändringar på enheten
- vägledning och utbildningsinsatser för medarbetare med syfte att omhänderta utvecklingsbehoven enligt ovan.
- fortsatt kvalitetsuppföljning.
- regelbundna stickprovskontroller.
- särskilt fokus på dokumentationens kvalitet.
- förbättrad hantering och dokumentation av tidsöverskridanden.
- säkerställd återkoppling till anmälare.
- stärkt barns delaktighet i hela handläggningsprocessen.

5.6 Utredningar inom barn och unga genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter.

Risk för brist i efterlevnad av lagkrav gällande utredning inom barn och unga och att dokumentation sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Utredning ska genomföras inom fyra månader från det ärendet inleds.

Om mer tid behövs ska detta beslutas av nämnd.

	Ansvarig	Riskvärde	Sannolikhet	Konsekvens	Skapad av
Hantera risk	Socialdirektör		3	3	Socialnämnd

5.6.1 **Kontrollmoment:** Kontrollera och säkerställ att utredning och dokumentation inom barn- och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.

Säkerställa den interna kontrollen avseende att utredningar genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter.

Säkerställa att de dokumenterade arbetssätten gällande hanteringen av ärenden om misstanke om brott mot barn följs.

En utredning om socialnämnden behöver ingripa till barns skydd eller stöd ska bedrivas skyndsamt och vara slutförd senast inom fyra månader.

Socialnämnden får besluta att förlänga utredningstiden en viss tid om det finns särskilda skäl för det. Som särskilda skäl räknas sådana omständigheter som socialtjänsten inte själva råder över, ex att man inväntar ett referensunderlag eller om familjen inte medverkar till utredning. Kvartalsvis redovisas till enskilda utskottet hur många utredningar som överskridit utredningstiden samt varför.

Ansvarig	Frekvens	Metod	Status
Verksamhetschef IFO Barn och unga	Del- och helår	Via stickprov av 30 (antalet avser totalt alla EC) kontrollera: - Säkerställa den interna kontrollen avseende att utredningar genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter. - Säkerställa att de dokumenterade arbetssätten gällande hanteringen av ärenden om misstanke om brott mot barn följs.	 Pågående

Kommentar:

Socialnämndens sammantagna bedömning av att utredning och dokumentation inom barn- och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter, uppnår nära målvärde.

Uppföljningen visar, i jämförelse av förra periodens uppföljning, en positiv utveckling inom Barn- och ungaenheten där antalet utredningar som överskrider lagstadgad utredningstid har minskat från 36 till 20. Förbättringen kopplas till uppdaterade rutiner, stärkt uppföljning av specialistsocionomer och ett systematiskt arbete med planering och kontroll av utredningstider.

Verksamheten följer även kontinuerligt upp arbetssätt kring ärenden som rör misstanke om brott mot barn, vilket bidrar till ökad kvalitet och följsamhet i handläggningen.

De kvarvarande förseningarna förklaras delvis av faktorer utanför verksamhetens direkta kontroll, såsom att en konsult avslutade sitt uppdrag med kort varsel samt en eftersläpning från en period med hög arbetsbelastning under 2025. Samtidigt finns risk för att antalet sena utredningar ökar igen till följd av sommarens stora inflöde av akuta ärenden som har behövt prioriteras utifrån barnens skydds- och stödbehov.

För att motverka ytterligare förseningar har verksamheten anlitat externa utredningsresurser. En genomförd omorganisation har inneburit vissa tillfälliga utmaningar men bedöms långsiktigt skapa bättre förutsättningar för hållbar ärendefördelning, förbättrad uppföljning och högre kvalitet i utredningsarbetet.

Bedömningen är att vidtagna åtgärder bidra till fortsatt förbättrad efterlevnad av utredningstiderna och en stärkt intern kontroll.

Antalet sena utredningar har minskat avsevärt och verksamheten bedriver ett aktivt förbättringsarbete genom uppdaterade rutiner, förstärkt uppföljning och tillskott av externa resurser. Samtidigt förekommer fortfarande utredningar som överskrider lagstadgad utredningstid, vilket innebär varför full måluppfyllelse ännu inte har uppnåtts.

Åtgärd/aktivitet:

För att ytterligare stärka måluppfyllelsen behöver verksamheten fortsätta det systematiska arbetet med uppföljning av utredningstider, samt tidig identifiering av ärenden som riskerar försening samt säkerställande av tillräckliga utredningsresurser.

Vidare behöver effekterna av omorganisationen följas upp och den interna kontrollen stärkas genom regelbundna egenkontroller, riskanalyser och analys av orsaker till tidsöverskridanden. Detta bedöms skapa bättre förutsättningar för att långsiktigt uppnå lagstadgade utredningstider och en rättssäker handläggning.



§ 78

Delårsuppföljning januari-augusti 2026, Privata utförare

Ärendenr 2025/61-3.9.0.1

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna delårsuppföljning maj-augusti 2026 av privata utförare.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens uppföljningsplan för privata utförare 2026 omfattar upphandlade tjänster gällande placering vid hem för vård eller boende, HVB av barn och vuxna samt förstärkta familjehem.

Socialnämndens plan för uppföljning av privata utförare är underordnad kommunfullmäktiges program för privata utförare.

Uppföljningen har två övergripande syften:

- Kontrollera att den privata utförarens verksamhet utförs i enlighet med lagstiftning, mål och riktlinjer för verksamheten.
- Utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna.

Uppföljning av kontrollmoment för perioden januari-augusti 2026 delårsuppföljningens resultat, redovisas i bilaga.

Sammanfattning

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO Barn och unga och IFO Vuxen anlitat privata utförare när den egna verksamheten inte kunnat tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem har i huvudsak fungerat väl, även om vissa brister har identifierats avseende saknade kvalitetsledningssystem, dokumentation och uppföljning av direktupphandlingar. Den totala kostnaden för köp av privata utförare uppgick till 53 238 394 kronor, varav 45 297 396 kronor avsåg IFO Barn och unga och 7 940 998 kronor avsåg IFO Vuxen.

Under perioden genomfördes totalt 29 direktupphandlingar, främst till följd av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser. Brister har framför allt identifierats inom dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt rapportering till inköps- och upphand-



lingsenheten. För att stärka kvaliteten och minska sårbarheten har verksamheten förstärkt arbetet med placerings- och inköpssamordning. Flertalet delegationsbeslut har hanterats enligt gällande rutin och förvarats i diariet, men vissa brister har noterats avseende försenad diarieföring. Allmänhetens insyn bedöms vara säkerställd i huvudsak, även om vissa brister i diarieföringen har identifierats.

När det gäller nyckeltal rapporterades 9 sammanbrott inom IFO Barn och unga och 16 sammanbrott inom Vuxenenheten under perioden januari-augusti 2026. Inga sammanbrott rapporterades inom Försörjningsenheten. Sammantaget bedöms de granskade kontrollmomenten fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus behöver riktas mot dokumentation, diarieföring, delegationshantering och uppföljning av direktupphandlingar för att säkerställa en rättssäker och kvalitetssäkrad process.

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att godkänna delårsuppföljning maj-augusti 2026 av privata utförare.

Sammanträdet

Socialförvaltningen föredrar ärendet.

Beslutsgång

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Dialog har genomförts med särskilt förordnande inköpssamordnare inom verksamheten samt med socialt ansvarig samordnare inom IFO barn och unga.

Beslutsunderlag

- Delårsuppföljning 2 – Privata utförare, SOC Hid: 2026.3217
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari-augusti 2026, Privata utförare, SOC Hid: 2026.3216

Förslag till beslut gällande delårsuppföljning januari-augusti 2026, Privata utförare

Ärendenr 2025/61-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att godkänna delårsuppföljning maj-augusti 2026 av privata utförare.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämndens uppföljningsplan för privata utförare 2026 omfattar upphandlade tjänster gällande placering vid hem för vård eller boende, HVB av barn och vuxna samt förstärkta familjehem.

Socialnämndens plan för uppföljning av privata utförare är underordnad kommunfullmäktiges program för privata utförare.

Uppföljningen har två övergripande syften:

- Kontrollera att den privata utförarens verksamhet utförs i enlighet med lagstiftning, mål och riktlinjer för verksamheten.
- Utgöra ett underlag i kommunens förbättringsarbete för att utveckla och förbättra verksamhet och tjänster till medborgarna.

Uppföljning av kontrollmoment för perioden januari-augusti 2026 delårsuppföljningens resultat, redovisas i bilaga.

Sammanfattning

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO Barn och unga och IFO Vuxen anlitat privata utförare när den egna verksamheten inte kunnat tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem har i huvudsak fungerat väl, även om vissa brister har identifierats avseende saknade kvalitetsledningssystem, dokumentation och uppföljning av direktupphandlingar. Den totala kostnaden för köp av privata utförare uppgick till 53 238 394 kronor, varav 45 297 396 kronor avsåg IFO Barn och unga och 7 940 998 kronor avsåg IFO Vuxen.

Under perioden genomfördes totalt 29 direktupphandlingar, främst till följd av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser. Brister har framför allt identifierats inom dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt rapportering till inköps- och upphandlingsenheten. För att stärka kvaliteten och minska sårbarheten har verksamheten förstärkt arbetet med placerings- och inköpssamordning.

Flertalet delegationsbeslut har hanterats enligt gällande rutin och förvarats i diariet, men vissa brister har noterats avseende försenad diarieföring. Allmänhetens insyn bedöms vara säkerställd i huvudsak, även om vissa brister i diarieföringen har identifierats.

När det gäller nyckeltal rapporterades 9 sammanbrott inom IFO Barn och unga och 16 sammanbrott inom Vuxenenheten under perioden januari–augusti 2026. Inga sammanbrott rapporterades inom Försörjningsenheten. Sammantaget bedöms de granskade kontrollmomenten fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus behöver riktas mot dokumentation, diarieföring, delegationshantering och uppföljning av direktupphandlingar för att säkerställa en rättssäker och kvalitetssäkrad process.

Dialog

Dialog har genomförts med särskilt förordnande inköpssamordnare inom verksamheten samt med socialt ansvarig samordnare inom IFO barn och unga.

Beslutsunderlag

- Delåruppföljning 2 – Privata utförare

Lahib Yousif
Verksamhetschef

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Kommunstyrelseförvaltningen, ekonomikontoret

Delårsuppföljning 2 – Privata utförare

Försättsblad beställs hos kommunikationskontoret och infogas av nämndsekreterare efter att dokumentet har fastställts i nämnd eller annan beslutsinstans (se Riktlinjer för styrdokument på lulea.se).

Dokumenttyp	Ärendenr	Fastställd	Giltighetstid
Delårsuppföljning	2025/61		
Dokumentansvarig	Senast reviderad	Beslutsinstans	Dokument gäller för
Myndighet socialtjänst		Socialnämnden	Myndighet socialtjänst

Uppföljning kontrollmoment för perioden januari- augusti 2026

Punkt 1 säkerställa privata utförare har kvalitetsledningssystem

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO barn och unga, Vuxenenheten samt Försörjningsenheten anlitat privata utförare när de egna verksamheternas insatser inte varit tillräckliga för att tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Inom IFO Vuxen har ramavtal via Adda funnits för området skadligt bruk och beroende, medan ramavtal saknas för skyddat boende. Inom IFO barn och unga har ramavtal via Adda saknats under hela perioden, vilket medfört att flera placeringar genomförts genom direktupphandling.

Privata utförare har anlitats för bland annat konsulentstödda familjehem, HVB-hem, stöd-boende, internatskola, skyddat boende och extern öppenvård. Vid upphandlingar har krav ställts på att utförarna ska ha kvalitetsledningssystem. Kontroller har i huvudsak genomförts enligt rutin. Under perioden har dock vissa brister identifierats, bland annat saknade eller ej inkomna kvalitetsledningssystem samt brister i uppföljningen av vissa direktupphandlingar.

Sammantaget bedöms kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem fungera i huvudsak väl, men fortsatt uppföljning behövs för att säkerställa efterlevnad i samtliga ärenden.

Punkt 2 köp privata utförare och kostnader för perioden januari-augusti 2026

Kostnaderna för privata utförare påverkas främst av antalet placeringar, placeringarnas längd och individernas behov.

För perioden januari–april uppgick kostnaderna till:

- IFO barn och unga: 18 828 818 kronor
- IFO Vuxen: 4 117 915 kronor
- Totalt: 22 946 733 kronor

För perioden maj–augusti uppgick kostnaderna till:

- IFO barn och unga: 26 468 578 kronor
- IFO Vuxen: 3 823 083 kronor

Den sammanlagda kostnaden för perioden januari–augusti 2026 uppgår därmed till:

- IFO barn och unga: 45 297 396 kronor
- IFO Vuxen: 7 940 998 kronor
- Totalt: 53 238 394 kronor

Punkt 3: Direktupphandling

Under perioden januari–augusti 2026 har totalt 29 direktupphandlingar identifierats.

För perioden januari–april identifierades 13 direktupphandlingar, varav fyra inom IFO barn och unga, nio inom Vuxenenheten samt fyra placeringar inom Försörjningsenheten

som avsåg skyddat boende. Flera av ärendena avsåg placeringar som påbörjats under 2025 och där dokumentation eller kvalitetsledningssystem saknades.

För perioden maj–augusti genomfördes 11 direktupphandlingar inom IFO barn och unga, tre inom Vuxenenheten och två inom Försörjningsenheten. Direktupphandlingarna har främst föranletts av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser som inte omfattas av befintliga avtal.

Rutinen för direktupphandling har följts i huvudsak men inte fullt ut i samtliga ärenden. Brister har främst avsett dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt otydligheter kring delegation och rapportering till inköps- och upphandlingsenheten. Under året har hanteringen förstärkts genom fler placerings- och inköpssamordnare för att minska sårbarheten och stärka kvaliteten i processen.

Punkt 4: Delegationsbeslut

Flertalet delegationsbeslut hanteras enligt gällande rutin och förvaras i diariet. Identifierade brister har främst avsett försenad diarieföring och hantering av underlag i samband med direktupphandlingar.

Punkt 5: Allmänhetens insyn

Allmänhetens insyn bedöms i huvudsak vara säkerställd genom gällande rutiner och diarieföring. Under årets första del identifierades vissa brister kopplade till utebliven diarieföring inom vissa ärenden, men sammantaget bedöms insynen vara tillgodosedd i huvudsak.

Nyckeltal:

Antal sammanbrott i HVB och förstärkta familjehem under uppföljningsperioden

IFO barn och unga

Under perioden januari–april rapporterades ett sammanbrott i HVB-placering. Under perioden maj–augusti rapporterades ytterligare åtta sammanbrott. Totalt har därmed nio sammanbrott rapporterats under perioden januari–augusti 2026. Orsakerna har främst varit ungdomarnas eget beteende, misstänkta missförhållanden i familjehem samt att familjehem avslutat sina uppdrag.

Vuxenenheten

Under januari–april avslutades 11 placeringar avseende sju personer genom sammanbrott. Under maj–augusti rapporterades ytterligare fem sammanbrott. Totalt har därmed 16 sammanbrott rapporterats under perioden januari–augusti 2026. Sammanbrotten har i huvudsak varit kopplade till samsjuklighet, psykisk ohälsa, missbruk, hemlöshet och omfattande stödbehov.

Försörjningsenheten

Inga sammanbrott har rapporterats under perioden januari–augusti.

Sammanfattning

Under perioden januari–augusti 2026 har IFO Barn och unga och IFO Vuxen anlitat privata utförare när den egna verksamheten inte kunnat tillgodose behov av skydd, stöd och behandling. Kontrollen av privata utförares kvalitetsledningssystem har i huvudsak fungerat väl, även om vissa brister har identifierats avseende saknade kvalitetsledningssystem, dokumentation och uppföljning av direktupphandlingar. Den totala kostnaden för köp av privata utförare uppgick till 53 238 394 kronor, varav 45 297 396 kronor avsåg IFO Barn och unga och 7 940 998 kronor avsåg IFO Vuxen.

Under perioden genomfördes totalt 29 direktupphandlingar, främst till följd av avsaknad av ramavtal, akuta placeringsbehov eller behov av särskilda insatser. Brister har framför allt identifierats inom dokumentation, diarieföring, hantering av placeringsavtal samt rapportering till inköps- och upphandlingsenheten. För att stärka kvaliteten och minska sårbarheten har verksamheten förstärkt arbetet med placerings- och inköpssamordning. Flertalet delegationsbeslut har hanterats enligt gällande rutin och förvarats i diariet, men vissa brister har noterats avseende försenad diarieföring. Allmänhetens insyn bedöms vara säkerställd i huvudsak, även om vissa brister i diarieföringen har identifierats.

När det gäller nyckeltal rapporterades 9 sammanbrott inom IFO Barn och unga och 16 sammanbrott inom Vuxenenheten under perioden januari–augusti 2026. Inga sammanbrott rapporterades inom Försörjningsenheten. Sammantaget bedöms de granskade kontrollmomenten fungera tillfredsställande, men fortsatt fokus behöver riktas mot dokumentation, diarieföring, delegationshantering och uppföljning av direktupphandlingar för att säkerställa en rättssäker och kvalitetssäkrad process.



§ 82

Insatser utan behovsprövning för barn, unga och föräldrar

Ärendenr 2026/951-3.9.0.1

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att insatserna 1-7, listade nedan, ska tillhandahållas utan individuell behovsprövning från och med 2026-09-25.
2. Godkänna villkoren för insatserna 1-7 enligt beskrivning nedan.
3. Enligt 14 kap 5 § SoL undanta insatserna 6-7, listade nedan, från dokumentation av uppgifter som kan röja den enskildes identitet, då det finns särskilda skäl.

Sammanfattning av ärendet

Vid familjestödsenheten strävar de efter att nå ut med tidiga insatser till föräldrar och ungdomar och föreslår därför att fler av deras insatser ska vara lättillgängliga och kunna tillhandahållas utan föregående behovsprövning.

Insatsen "Föräldrawebben" är en helt ny insats medan övriga insatser tidigare tillhandahållits efter individuell behovsprövning eller genom rådgivning via Föräldrasupporten.

Socialförvaltningen föreslår att följande insatser ska tillhandahållas utan individuell behovsprövning, med de villkor som anges i beskrivningen av insatsen samt att insatserna "Femklöver" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" undantas från dokumentation av uppgifter som kan röja den enskildes identitet, då det finns särskilda skäl.

1. Cope Barn och unga

Villkor: Gruppträffar med föräldrar till barn i åldern 3–12 år, bosatta i Luleå kommun, om positivt samspel, gränssättning, konflikthantering och beteendestöd. Omfattning: 10 träffar.

2. Cope ungdom

Villkor: Gruppträffar för föräldrar till tonåringar i åldern 12–18 år, bosatta i Luleå kommun, om kommunikation, relationer, gränser och konflikthantering. Omfattning: 10 träffar.

3. Connect

Villkor: Gruppträffar för föräldrar och omsorgspersoner till barn i åldern 8–18



år, bosatta i Luleå kommun, om anknytning, relation, empati och förståelse för beteende. Omfattning: 15 träffar.

4. I Komet

Villkor: Digitalt program, med handledarstöd för att minska konflikter, stärka relationen och ge verktyg, till föräldrar till barn i åldern 3–11 år, bosatta i Luleå kommun. Omfattning: 15 träffar.

5. Föräldrawebben

Villkor: Digitalt program med övningar och stöd om relation, kommunikation, problemlösning och tonårsutveckling, för föräldrar till ungdomar 11–17 år, bosatta i Luleå kommun. Omfattning: 15 träffar.

6. Femklövern

Villkor: Gruppträffar för föräldrar med barn i åldern 0–2 år, bosatta i Luleå kommun. Syftet med gruppträffarna är att få tala med andra föräldrar om svårigheter man möter som förälder med målet att bli stärkt i föräldrarollen. Omfattning: 5 träffar.

7. "Har ditt barn svårt att gå till skolan?"

Villkor: Gruppträffar för föräldrar till barn i skolåldern, bosatta i Luleå kommun. Syftet med gruppträffarna är att inom olika teman byta erfarenheter med andra föräldrar. Omfattning: 5 träffar.

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att insatserna 1-7, listade nedan, ska tillhandahållas utan individuell behovsprövning från och med 2026-09-25, och att godkänna villkoren för insatserna 1-7 enligt beskrivning nedan, samt att enligt 14 kap 5 § SoL undanta insatserna 6-7, listade nedan, från dokumentation av uppgifter som kan röja den enskildes identitet, då det finns särskilda skäl.

Sammanträdet

Socialförvaltningen föredrar ärendet.

Beslutsgång

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Beskrivning av ärendet

Familjestödsenheten är en verksamhet som tillhandahåller insatser till barn, föräldrar och ungdomar. Insatserna ges både efter individuell behovsprövning och utan behovsprövning. För att nå ut med insatser till föräldrar tidigt innan problemen hunnit växa och bli stora vill familjestödsenheten erbjuda



fler lättillgängliga insatser som enskilda kan söka sig till direkt utan föregående behovsprövning. Alla de insatser som nu föreslås bli tillgängliga utan behovsprövning riktar sig till föräldrar eller omsorgspersoner.

Insatserna "Cope", "Connect" och "I Komet" är insatser som idag ges till föräldrar efter ansökan, utredning och beslut av socialsekreterare.

Insatsen "Föräldrawebben" är en helt ny insats. Det är en digital form av "Komet" som riktar sig till tonårsföräldrar.

Insatserna "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" har tidigare tillhandahållits som rådgivning via Föräldrasupporten men ges nu och framöver av Familjestödsenheten.

Alla insatser som socialtjänsten tillhandahåller omfattas av en skyldighet att dokumentera personliga förhållanden och uppgifter som behövs för att kunna följa upp insatsens kvalitet och resultat, såvida undantag inte finns.

Rådgivning och information är insatser som är undantagna skyldigheten att dokumentera personliga förhållanden. Det finns även möjlighet för socialnämnden att besluta om undantag från att dokumentera uppgifter som kan röja den enskildes identitet om det finns särskilda skäl. Särskilda skäl kan vara att enskilda inte väljer att söka till en insats om de inte kan vara anonyma. Andra skäl kan vara att det handlar om gruppverksamhet som mötesplatser och träffpunkter där det inte bedöms vara behovligt eller finnas skäl att dokumentera personliga förhållanden.

Insatserna "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" har tidigare ingått i Föräldrasupportens rådgivande verksamhet. Båda insatserna tillhandahålls idag via Familjestödsenheten och skiljer sig från övrig gruppverksamhet då det syftar till att deltagande föräldrar delar erfarenheter med varandra och genom att insatserna har få sammankomster.

Rekommendationen från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) är att vara försiktig med att benämna insatser som rådgivning såvida det inte är renodlad information eller rådgivning och hellre fatta beslut enligt 14 kap 5 § SoL om att undanta insatsen från skyldigheten att dokumentera uppgifter som kan röja den enskildes identitet. "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" är gruppverksamheter för föräldrar där det inte bedöms finnas behov eller skäl att dokumentera personliga förhållanden och bedöms därför uppfylla de särskilda skäl som gör det möjligt att göra undantag.

Dialog

Dialog har förts med enhetschefen för Familjestödsenheten, Barn- och unga.



Beslutsunderlag

- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande insatser utan behovsprövning för barn, unga och föräldrar, SOC Hid: 2026.3222

Förslag till beslut gällande insatser utan behovsprövning för barn, unga och föräldrar

Ärendenr 2026/951-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

1. Socialnämnden beslutar att insatserna 1-7, listade nedan, ska tillhandahållas utan individuell behovsprövning från och med 2026-09-25.
2. Godkänna villkoren för insatserna 1-7 enligt beskrivning nedan.
3. Enligt 14 kap 5 § SoL undanta insatserna 6-7, listade nedan, från dokumentation av uppgifter som kan röja den enskildes identitet, då det finns särskilda skäl.

Sammanfattning av ärendet

Vid familjestödsenheten strävar de efter att nå ut med tidiga insatser till föräldrar och ungdomar och föreslår därför att fler av deras insatser ska vara lättillgängliga och kunna tillhandahållas utan föregående behovsprövning.

Insatsen "Föräldrawebben" är en helt ny insats medan övriga insatser tidigare tillhandahållits efter individuell behovsprövning eller genom rådgivning via Föräldrasupporten.

Socialförvaltningen föreslår att följande insatser ska tillhandahållas utan individuell behovsprövning, med de villkor som anges i beskrivningen av insatsen samt att insatserna "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" undantas från dokumentation av uppgifter som kan röja den enskildes identitet, då det finns särskilda skäl.

1. Cope Barn och unga

Villkor: Gruppträffar med föräldrar till barn i åldern 3–12 år, bosatta i Luleå kommun, om positivt samspel, gränssättning, konflikthantering och beteendestöd. Omfattning: 10 träffar.

2. Cope ungdom

Villkor: Gruppträffar för föräldrar till tonåringar i åldern 12–18 år, bosatta i Luleå kommun, om kommunikation, relationer, gränser och konflikthantering. Omfattning: 10 träffar.

3. Connect

Villkor: Gruppträffar för föräldrar och omsorgspersoner till barn i åldern 8–18

år, bosatta i Luleå kommun, om anknytning, relation, empati och förståelse för beteende. Omfattning: 15 träffar.

4. I Komet

Villkor: Digitalt program, med handledarstöd för att minska konflikter, stärka relationen och ge verktyg, till föräldrar till barn i åldern 3–11 år, bosatta i Luleå kommun. Omfattning: 15 träffar.

5. Föräldrawebben

Villkor: Digitalt program med övningar och stöd om relation, kommunikation, problemlösning och tonårsutveckling, för föräldrar till ungdomar 11–17 år, bosatta i Luleå kommun. Omfattning: 15 träffar.

6. Femklövern

Villkor: Gruppträffar för föräldrar med barn i åldern 0–2 år, bosatta i Luleå kommun. Syftet med gruppträffarna är att få tala med andra föräldrar om svårigheter man möter som förälder med målet att bli stärkt i föräldrarollen. Omfattning: 5 träffar.

7. "Har ditt barn svårt att gå till skolan?"

Villkor: Gruppträffar för föräldrar till barn i skolåldern, bosatta i Luleå kommun. Syftet med gruppträffarna är att inom olika teman byta erfarenheter med andra föräldrar. Omfattning: 5 träffar.

Beskrivning av ärendet

Familjestödsenheten är en verksamhet som tillhandahåller insatser till barn, föräldrar och ungdomar. Insatserna ges både efter individuell behovsprövning och utan behovsprövning. För att nå ut med insatser till föräldrar tidigt innan problemen hunnit växa och bli stora vill familjestödsenheten erbjuda fler lättillgängliga insatser som enskilda kan söka sig till direkt utan föregående behovsprövning. Alla de insatser som nu föreslås bli tillgängliga utan behovsprövning riktar sig till föräldrar eller omsorgspersoner.

Insatserna "Cope", "Connect" och "I Komet" är insatser som idag ges till föräldrar efter ansökan, utredning och beslut av socialsekreterare.

Insatsen "Föräldrawebben" är en helt ny insats. Det är en digital form av "Komet" som riktar sig till tonårsföräldrar.

Insatserna "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" har tidigare tillhandahållits som rådgivning via Föräldrasupporten men ges nu och framöver av Familjestödsenheten.

Alla insatser som socialtjänsten tillhandahåller omfattas av en skyldighet att dokumentera personliga förhållanden och uppgifter som behövs för att kunna följa upp insatsens kvalitet och resultat, såvida undantag inte finns.

Rådgivning och information är insatser som är undantagna skyldigheten att dokumentera personliga förhållanden. Det finns även möjlighet för socialnämnden att besluta om undantag från att dokumentera uppgifter som kan röja den enskildes identitet om det finns särskilda skäl. Särskilda skäl kan vara att enskilda inte väljer att söka till en insats om de inte kan vara anonyma. Andra skäl kan vara att det handlar om gruppverksamhet som mötesplatser och träffpunkter där det inte bedöms vara behövligt eller finnas skäl att dokumentera personliga förhållanden.

Insatserna "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" har tidigare ingått i Föräldrasupportens rådgivande verksamhet. Båda insatserna tillhandahålls idag via Familjestödsenheten och skiljer sig från övrig gruppverksamhet då det syftar till att deltagande föräldrar delar erfarenheter med varandra och genom att insatserna har få sammankomster.

Rekommendationen från SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) är att vara försiktig med att benämna insatser som rådgivning såvida det inte är renodlad information eller rådgivning och hellre fatta beslut enligt 14 kap 5 § SoL om att undanta insatsen från skyldigheten att dokumentera uppgifter som kan röja den enskildes identitet. "Femklövern" och "Har ditt barn svårt att gå till skolan?" är gruppverksamheter för föräldrar där det inte bedöms finnas behov eller skäl att dokumentera personliga förhållanden och bedöms därför uppfylla de särskilda skäl som gör det möjligt att göra undantag.

Dialog

Dialog har förts med enhetschefen för Familjestödsenheten, Barn- och unga.

Kate Oskarsson
Projektledare

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp
Projektledare nya socialtjänstlagen



§ 80

Yttrande över granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll

Ärendenr 2025/1119-3.9.0.1

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande över kommunrevisionens granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll och avge nedanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanfattning av ärendet

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. Granskningens översiktliga syfte har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Deras samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för den interna styrning och kontroll i verksamheten. Bakgrunden till deras samlade bedömning är att det finns etablerade och tydliga rutiner för arbetet med intern styrning och kontroll. Av dessa framgår en väl definierad ansvarsfördelning och det finns ett systematiskt arbetssätt för riskanalys, planering och dokumentation som i allt väsentligt följs. Däremot bedömer kommunrevisionen att det finns vissa brister i uppföljningen av vidtagna åtgärder där samma åtgärder noteras vara återkommande utan tydlig dokumentation om genomförande eller bedömning av effekt.

Luleå kommuns revisorer rekommenderar socialnämnden att:

- Säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering.
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan.
- Säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt.
- Säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras.



Revisorerna överlämnar granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrande ska innehållande plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från socialnämnden.

Socialförvaltningens yttrande

Avseende rekommendationen att säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering, har åtgärder vidtagits. Rutinen har reviderats och på kommunövergripande nivå har en riskmatris tagits fram som stöd för arbetet.

Under året har även flera utbildningstillfällen genomförts, bland annat i form av öppet hus för enhetschefer från de olika verksamheterna. Det finns en utpekad stödresurs för att stärka verksamheternas arbete och bidra till en mer enhetlig tillämpning.

Avseende rekommendationen att säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan pågår ett arbete med att ta fram och implementera en stödm modul för verksamheterna. Modulen ska utgöra ett stöd i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till ökad struktur, tydlighet och följsamhet i uppföljningen. Tidsplanen är att samtliga verksamheter ska använda modulen från och med 2027.

Vidare har uppföljningsprocessen justerats genom att socialdirektören inför delårsrapporteringen träffar respektive verksamhetschef tillsammans med ekonomi- och stödfunktioner för att gemensamt säkra processen. Arbetssättet innebär också att enhetscheferna inte kommer att ansvara för internkontrollen i samma omfattning som tidigare. I stället kommer utsedda tillsynspersoner och stödfunktioner på central nivå att arbeta med internkontrollen, medan cheferna fokuserar på risker, aktiviteter och egenkontroll inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Avseende rekommendationen att säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt bedömer socialförvaltningen att arbetet stärks genom den reviderade rutinen och genom det fortsatta införandet av den kommande stödmodulen. Modulen förväntas ge bättre förutsättningar för en systematisk uppföljning, där både genomförda åtgärder och deras effekter kan följas över tid.

Socialförvaltningen har även omhändertagit behovet av att stärka riskarbetet inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Arbetet fokuserar bland annat på att tydligare identifiera och analysera bakomliggande orsaker, i syfte att stärka förbättringsarbetet. Detta säkerställs genom för-



tydliganden i rutinen samt genom ett förstärkt stöd till verksamheterna i deras fortsatta arbete med riskidentifiering, analys och uppföljning.

Avseende rekommendationen att säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras har rutinen reviderats under mars 2026. Uppföljning av dokumentationen kommer att ske löpande under 2026 för att säkerställa att genomförda åtgärder dokumenteras på ett tydligt och spårbart sätt, samt att uppföljningen kan ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete.

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att anta socialförvaltningens yttrande över kommunrevisionens granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll och avge ovanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanträdet

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Dialog kring utvecklingen av den interna styrningen och kontroll har skett i dialog med kvalitetsstrateg och socialförvaltningens ledningsgrupp.

Beslutsunderlag

- Slutdokument – Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll, SOC Hid: 2026.1343
- Rapport – Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll, SOC Hid: 2026.1344
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande yttrande över granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll, SOC Hid: 2026.3219

Förslag till beslut gällande yttrande över granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll

Ärendenr 2025/1119-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande över kommunrevisionens granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll och avge nedanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanfattning av ärendet

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025. Granskningens översiktliga syfte har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Deras samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för den interna styrning och kontroll i verksamheten. Bakgrunden till deras samlade bedömning är att det finns etablerade och tydliga rutiner för arbetet med intern styrning och kontroll. Av dessa framgår en väl definierad ansvarsfördelning och det finns ett systematiskt arbetssätt för riskanalys, planering och dokumentation som i allt väsentligt följs. Däremot bedömer kommunrevisionen att det finns vissa brister i uppföljningen av vidtagna åtgärder där samma åtgärder noteras vara återkommande utan tydlig dokumentation om genomförande eller bedömning av effekt.

Luleå kommuns revisorer rekommenderar socialnämnden att:

- Säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering.
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan.
- Säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt.
- Säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras.

Revisorerna överlämnar granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrande ska innehållande plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från socialnämnden.

Socialförvaltningens yttrande

Avseende rekommendationen att säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering, har åtgärder vidtagits. Rutinen har reviderats och på kommunövergripande nivå har en riskmatris tagits fram som stöd för arbetet.

Under året har även flera utbildningstillfällen genomförts, bland annat i form av öppet hus för enhetschefer från de olika verksamheterna. Det finns en utpekad stödresurs för att stärka verksamheternas arbete och bidra till en mer enhetlig tillämpning.

Avseende rekommendationen att säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan pågår ett arbete med att ta fram och implementera en stödmodul för verksamheterna. Modulen ska utgöra ett stöd i det systematiska kvalitetsarbetet och bidra till ökad struktur, tydlighet och följsamhet i uppföljningen. Tidsplanen är att samtliga verksamheter ska använda modulen från och med 2027.

Vidare har uppföljningsprocessen justerats genom att socialdirektören inför delårsrapporteringen träffar respektive verksamhetschef tillsammans med ekonomi- och stödfunktioner för att gemensamt säkra processen. Arbetssättet innebär också att enhetscheferna inte kommer att ansvara för internkontrollen i samma omfattning som tidigare. I stället kommer utsedda tillsynspersoner och stödfunktioner på central nivå att arbeta med internkontrollen, medan cheferna fokuserar på risker, aktiviteter och egenkontroll inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Avseende rekommendationen att säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt bedömer socialförvaltningen att arbetet stärks genom den reviderade rutinen och genom det fortsatta införandet av den kommande stödmodulen. Modulen förväntas ge bättre förutsättningar för en systematisk uppföljning, där både genomförda åtgärder och deras effekter kan följas över tid.

Socialförvaltningen har även omhändertagit behovet av att stärka riskarbetet inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet enligt SOSFS 2011:9. Arbetet fokuserar bland annat på att tydligare identifiera och analysera bakomliggande orsaker, i syfte att stärka förbättringsarbetet. Detta säkerställs genom förtydliganden i rutinen samt genom ett förstärkt stöd till verksamheterna i deras fortsatta arbete med riskidentifiering, analys och uppföljning.

Avseende rekommendationen att säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras har rutinen reviderats under mars 2026. Uppföljning av dokumentationen kommer att ske löpande under 2026 för att säkerställa att genomförda åtgärder dokumenteras på ett tydligt och spårbart sätt, samt att uppföljningen kan ligga till grund för fortsatt förbättringsarbete.

Dialog

Dialog kring utvecklingen av den interna styrningen och kontroll har skett i dialog med kvalitetsstrateg och socialförvaltningens ledningsgrupp.

Beslutsunderlag

- Slutdokument – Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll, SOC Hid: 2026.1343
- Rapport – Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll, SOC Hid: 2026.1344

Ida Johansson

Avdelningschef ekonomi och infrastruktur

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp

Kommunrevisionen

Azets Revision & Rådgivning AB



För kännedom:
Kommunstyrelsen
Kommunfullmäktige
Partiernas gruppledare

Socialnämnden

Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Granskningens översiktliga syfte har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för den interna styrning och kontroll i verksamheten.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att det finns etablerade och tydliga rutiner för arbetet med intern styrning och kontroll. Av dessa framgår en väl definierad ansvarsfördelning och det finns ett systematiskt arbetssätt för riskanalys, planering och dokumentation som i allt väsentligt följs.

Däremot bedömer vi att det finns vissa brister i uppföljningen av vidtagna åtgärder där samma åtgärder noteras vara återkommande utan tydlig dokumentation om genomförande eller bedömning av effekt.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan
- Säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt
- Säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras

Vi, revisorer, överlämnar härmed granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrande ska innehållande plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från Socialnämnden senast den 31 oktober 2026.

2026-04-08

Luleå kommuns förtroendevalda revisorer

Kjell Nilsson	Lars Lassinantti	Lars Anehagen
Bernt Jonsson	Ove Bucht	Anette Sundström
Folke Sundberg		

Revisorerna godkände utlåtandet på revisionssammanträdet 2026-04-08.

A decorative graphic on the left side of the page. It consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of overlapping triangles in shades of grey, green, and blue, creating a sense of movement and depth.

Granskning av socialnämndens interna styrning och kontroll

Rapport

Luleå kommun

2026-04-08

Antal sidor 21

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte och revisionsfrågor	5
3.1	<i>Avgränsning</i>	6
4	Revisionskriterier	6
5	Metod	6
6	INTERN KONTROLL – LAGKRAV OCH INNEBÖRD	7
7	Resultat av granskningen	8
7.1	<i>Styrning av arbetet med intern kontroll</i>	8
7.1.1	Kommunfullmäktiges ansvarsfördelning	8
7.1.2	Kommunstyrelsens riktlinjer för arbetet	8
7.1.3	Socialnämndens arbete med intern kontroll	8
7.1.4	Bedömning	9
7.2	<i>Ansvar och Roller</i>	9
7.2.1	Bedömning	10
7.3	<i>risk- och väsentlighetsanalys</i>	10
7.3.1	Process för genomförande	10
7.3.2	Bedömning	12
7.4	<i>Plan för Intern Kontroll</i>	12
7.4.1	Bedömning	14
7.5	<i>Uppföljning</i>	15
7.5.1	Uppföljning delår	15
7.5.2	Uppföljning helår	15
7.5.3	Bedömning	16
7.6	<i>uppföljning av åtgärder</i>	16
7.6.1	Bedömning	18
7.7	<i>Dokumentation</i>	19
7.7.1	Bedömning	19
8	Samlad bedömning och rekommendationer	21

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att översiktligt granska styrningen av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Granskningens översiktliga syfte har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för den interna styrning och kontroll i verksamheten.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att det finns etablerade och tydliga rutiner för arbetet med intern styrning och kontroll. Av dessa framgår en väl definierad ansvarsfördelning och det finns ett systematiskt arbetssätt för riskanalys, planering och dokumentation som i allt väsentligt följs.

Däremot bedömer vi att det finns vissa brister i uppföljningen av vidtagna åtgärder där samma åtgärder noteras vara återkommande utan tydlig dokumentation om genomförande eller bedömning av effekt.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har nämnden säkerställt att det finns en rutin för arbetet med den interna kontrollen som tydliggör ansvar och roller?	Ja
Har nämnden genomfört en risk- och väsentlighetsanalys?	Ja
Har nämnden fastställt en plan för intern kontroll i enlighet med risk- och väsentlighetsanalysen?	I allt väsentligt
Följer nämnden upp arbetet med den interna kontrollen under året?	Ja
Har nämnden vidtagit åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende den interna kontrollen?	I allt väsentligt
Har vidtagna åtgärder följts upp?	Endast delvis
Har nämnden säkerställt att kontrollarbetet som bedrivs under året kopplat till den interna kontrollen dokumenteras?	I allt väsentligt

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering (se avsnitt 7.3.2)
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan (se avsnitt 7.4.1)
- Säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt (se avsnitt 7.6.1)
- Säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras (se avsnitt 7.7.1)

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning AB har fått i uppdrag av Luleå kommuns revisorer att översiktligt granska socialnämndens styrning av socialtjänstens verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Varje kommun ansvarar enligt socialtjänstlagen (2025:400), SoL, för socialtjänsten inom sitt geografiska område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp de behöver. Till uppgifterna hör bland annat att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, svara för omsorg och service, upplysning, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det. Insatserna inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande utvecklas och säkras.

Det framgår vidare av Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, att varje kommun även ska tillgodose olika insatser för särskilt stöd och service. 12 kap. 1 § kommunallag (2017:725), ger uttryck för att revisorerna årligen ska granska all verksamhet som bedrivs inom nämndernas verksamhetsområde. Revisorerna har bland annat till uppgift att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och om den interna kontrollen är tillräcklig. Revisorerna har i sin riskanalys särskilt identifierat risk för bristande styrning och intern kontroll, vilket kan medföra höga kostnader och oklar arbetsfördelning. Med anledning av ovanstående har revisorerna bedömt att socialnämndens styrning bör granskas.

3 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Granskningens översiktliga syfte har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Finns det styrande dokument som tydliggör hur nämnden ska säkerställa en god intern kontroll?
- Har nämnden säkerställt att det finns en rutin för arbetet med den interna kontrollen som tydliggör ansvar och roller?
- Har nämnden genomfört en risk- och väsentlighetsanalys?
- Har nämnden fastställt en plan för intern kontroll i enlighet med risk- och väsentlighetsanalysen?
- Följer nämnden upp arbetet med den interna kontrollen under året?
- Har nämnden vidtagit åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende den interna kontrollen?
- Har vidtagna åtgärder följts upp?
- Har nämnden säkerställt att kontrollarbetet som bedrivs under året kopplat till den interna kontrollen dokumenteras?

3.1 AVGRÄNSNING

Granskningen har omfattat socialnämndens styrning, uppföljning och kontroll av verksamheten under år 2025 fram till och med att granskningen avslutas.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallag (2017:725)
- Socialtjänstlagen (2025: 400)
- Reglemente för socialnämnden
- Interna regelverk, policys och beslut

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier och analys av relevanta styrande dokument så som Luleå kommuns nämndreglemente, riktlinjer för intern kontroll, rutin för internkontroll, årsuppföljning internkontroll 2024, plan för internkontroll 2025, delårsuppföljning internkontroll 2025,
- Avstämningar och intervjuer med tjänstepersoner så som enhetschefer inom hälso- och sjukvård (HSL), enhetschefer inom individ- och familjeomsorgen, enhetschef inom särskilt boende, verksamhetschef inom vård- och omsorg, verksamhetschef inom stöd och service, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS).

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Samtliga intervjuade har faktakontrollerat rapporten.

6 INTERN KONTROLL – LAGKRAV OCH INNEBÖRD

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram dokumentet *Intern kontroll – för tillit, trygghet och utveckling* för att ge kommuner och regioner vägledning i hur intern kontroll kan stärka rättssäkerhet, effektivitet och förtroende inom nämndernas ansvarsområden. Syftet med dokumentet är att visa att intern kontroll inte är en isolerad aktivitet, utan en integrerad del av styrningen och ledningssystemet.

Kommunallagen ställer krav på att varje nämnd ska ha en tillräcklig intern kontroll, vilket innebär att förebygga, upptäcka och åtgärda fel och brister för att säkra en effektiv och rättssäker förvaltning. Enligt SKR är intern kontroll inte en enskild insats eller enbart en intern kontrollplan, det är ett systematiskt och kontinuerligt arbete som omfattar strukturer, processer och rutiner som säkerställer att verksamheten bedrivs enligt beslutade mål och lagar.

SKR betonar att intern kontroll handlar om att säkerställa att verksamhetsuppdraget utförs på ett tryggt och säkert sätt. Arbetet bygger på flera delar: en robust organisation med tydliga ansvar och rutiner, riskanalyser som riktar arbetet, planerade åtgärder och kontroller samt uppföljning. Det ska vara synligt och integrerat i den löpande styrningen, inte utföras vid sidan av. Enligt SKR riskerar en intern kontroll som reduceras till en årlig riskanalys och kontrollplan att bli ineffektiv. För att vara ändamålsenlig krävs ett medvetet och aktivt arbete där nämnden tar ansvar för helheten från kultur och ledarskap till konkreta kontrollåtgärder för att säkerställa att verksamheten fungerar på ett säkert och kvalitativt sätt.

Den 1 juli år 2025 trädde en förändring i kommunallagen i kraft. Lagändringen innebär att nämnderna, utöver tidigare krav, ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten. Syftet med förändringen är att stärka rättssäkerheten, motverka korruption och otillåten påverkan samt skapa ordning och reda i den kommunala verksamheten. Bakgrunden till lagändringen är regeringens handlingsplan mot korruption och välfärdsangrepp, där behovet av kraftfull intern kontroll lyfts fram som ett centralt verktyg för att skydda demokratin och medborgarnas förtroende¹.

Tidigare lydelse

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Nuvarande lydelse

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig **för att förebygga fel och oegentligheter i verksamheten**, och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt

¹ Handlingsplan mot korruption och otillåten påverkan 2024-2027. Regeringskansliet

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STYRNING AV ARBETET MED INTERN KONTROLL

7.1.1 Kommunfullmäktiges ansvarsfördelning

I kommunens nämndreglemente² finns gemensamma bestämmelser för samtliga nämnder, inklusive socialnämnden. I reglementet anges att varje nämnd har ett ansvar att säkerställa att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt, ekonomiskt tillfredsställande och effektivt sätt. Det anges också uttryckligen att nämnden ska tillse att den interna kontrollen är tillräcklig. Det framgår vidare att nämnden ska följa upp, utvärdera och säkra den egna verksamhetens kvalitet.

7.1.2 Kommunstyrelsens riktlinjer för arbetet

Det anges i nämndreglemente att kommunstyrelsen ska utforma kommunens system för intern kontroll. Kommunstyrelsen har utarbetat riktlinjer för arbetet med intern kontroll³, vilka är ett normerande styrdokument som omfattar samtliga nämnder och helägda kommunala bolag. I riktlinjerna definieras intern kontroll som en process som med rimlig säkerhet ska säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt gällande lagar och föreskrifter. Enligt riktlinjerna ska även respektive nämnd tillse att det finns en rutin som bygger på denna riktlinje.

Riktlinjerna beskriver den årliga kommunövergripande processen för intern kontroll i fyra steg:

- a) Identifiera risker
- b) Kategorisera riskområden
- c) Riskbedömning
- d) Upprätta plan för intern kontroll innehållande kontrollmoment

Resultatet av det arbete som bedrivs enligt planen ska enligt riktlinjerna sammanställas i samband med delårsrapporteringen och årsrapporteringen. Vid eventuella avvikelser ska nämnderna även fatta beslut om eventuella åtgärder och ansvar. Vid årsrapporteringen ska nämnderna göra en samlad bedömning om hur nämndens interna kontroll fungerar.

Enligt riktlinjerna för intern kontroll ska dokumentation av riskanalyser, planer för intern kontroll samt uppföljningar ske i kommunens beslutsstödsystem. Riktlinjen anger även att dess aktualitet ska följas upp årligen, vilket föreslås ske i samband med kommunstyrelsens bedömning av den interna kontrollen.

7.1.3 Socialnämndens arbete med intern kontroll

Socialdirektör har fastställt förvaltningsövergripande rutiner för arbetet med intern kontroll⁴ som syftar till att säkerställa att socialnämnden upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll inom sitt ansvarsområde.

² Luleå kommuns nämndreglemente. Kommunfullmäktige 2023-05-22, § 112.

³ Riktlinjer för intern kontroll. Kommunstyrelsen 2023-12-04, § 327.

⁴ Rutin för Internkontroll. Socialdirektör 2024-03-28.

Enligt förvaltningens rutiner för arbetet med intern kontroll ska nämnden årligen identifiera risker, riskvärdera och bedöma riskområden. I detta arbete kan även obligatoriska kontrollområden från kommunfullmäktige införas. Detta arbete ska utmynna i nämndens årliga plan för intern kontroll.

Det framgår av rutinerna att resultatet av arbetet enligt planen för intern kontroll ska sammanställas i samband med del- och helårsrapporteringen. Vid eventuella avvikelser ska nämnden besluta om åtgärder/aktiviteter och ansvar. Vid den årliga uppföljningen ska nämnden även göra en samlad bedömning av hur nämndens interna kontroll fungerar.

Rutinerna beskriver processen för att utarbeta planen för intern kontroll och anger uppgiftsfördelningen mellan nämnden och olika tjänstepersoner i processen.

Majoriteten av de intervjuade uppger att det finns kännedom om styrande dokument som avser intern kontroll. Vidare framhåller flertalet av de intervjuade att processen för internkontrollarbetet har stärkts under det senaste året, och att den röda tråden nu framstår som tydligare än tidigare.

7.1.4 Bedömning

Vi bedömer att det **finns** styrande dokument som tydliggör hur nämnden ska säkerställa en god intern kontroll.

Vår bedömning baseras på att socialförvaltningen har rutiner för arbetet med intern kontroll som är baserade på kommunstyrelsens riktlinjer för arbetet. Vi bedömer att kommunstyrelsens riktlinjer och socialförvaltningens rutiner tydliggör hur nämnden årligen ska arbeta för att säkerställa en god intern kontroll.

7.2 ANSVAR OCH ROLLER

I socialförvaltningens rutiner för arbetet med intern kontroll anges uppgiftsbeskrivningar för:

- Socialnämnden
- Socialdirektör
- Chef på olika nivåer under socialdirektören
- Medarbetare
- Stödfunktioner

Av rutinerna framgår till exempel att socialdirektören är ansvarig för att, tillsammans med förvaltningens ledningsgrupp, fastställa en lista med identifierade riskområden som ska riskvärderas och bedömas. Det åligger även socialdirektören att planera och genomföra en årlig workshop med socialnämnden där nämnden dels ska bedöma förvaltningens lista på risker, dels ges möjlighet att genomföra en egen identifiering och bedömning av risker. Utifrån denna workshop ska socialdirektören utarbeta en plan för intern kontroll som nämnden sedan ska besluta om.

Rutinerna för intern kontroll gör gällande att chefer ska kontinuerligt identifiera och dokumentera risker inom sitt eget område. Riskerna ska dokumenteras i en bruttolista i verksamhetssystemet för målstyrning. Medarbetarna är ansvarig för att följa rutiner samt att skyndsamt rapportera eventuella avvikelser.

Förvaltningens stödfunktioner ska, enligt rutinerna för intern kontroll, bistå nämnden och ledningen i arbetet. Det kan till exempel vara genom att stödja i arbetet med identifierande av risker, riskanalys samt riskvärdering utifrån sannolikhet och konsekvens.

7.2.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden har säkerställt att det **finns** en rutin för arbetet med den intern kontrollen som tydliggör ansvar och roller.

Vår bedömning baseras på att förvaltningens rutiner för arbetet med intern kontroll anger vilket ansvar socialnämnden, socialdirektören, underställda chefer, medarbetare samt stödfunktion har i processen för det årliga arbetet med intern kontroll.

7.3 RISK- OCH VÄSENTLIGHETSANALYS

7.3.1 Process för genomförande

Bruttolista⁵ med identifierade risker och brister

Socialförvaltningens rutiner för arbetet med intern kontroll gör gällande att risker och brister ska rapporteras skyndsamt till närmsta chef. Utifrån uppmärksammade risker och brister inom det egna området ska förvaltningens chefer årligen genomföra en riskanalys utifrån de identifierade riskerna, riskvärdera och bedöma processer och rutiner. Denna analys ska utgå från förvaltningens huvudprocesser samt kommunfullmäktiges tilldelade kontrollområden för året. Chefernas riskanalyser ska sammanställas i en bruttolista i kommunens verksamhetssystem för målstyrning, vilken ska följas upp av socialdirektören i början av årets tredje kvartal. Med utgångspunkt i bruttolistan ska förvaltningens ledningsgrupp sedan genomföra en bedömning av vilka av de identifierade riskområdena som ska prioriteras. Riskvärderingen baseras på en poängskala där lägsta riskvärde är 0 och högsta möjliga riskvärde är 16, beräknat genom att multiplicera sannolikhet och konsekvens.

Intervjuerna visar att arbetet med att samla in och sammanställa bruttolistan över risker inte genomförs enhetligt inom socialförvaltningens olika verksamhetsområden. Enligt rutinen ska varje chef årligen identifiera, värdera och rapportera risker via en bruttolista, men intervjuerna visar att arbetssätten varierar. Vissa verksamheter gör den initiala riskidentifieringen i ledningsgruppen tillsammans med verksamhetsutvecklare och

⁵ En bruttolista är en samlad, övergripande lista med alla identifierade risker och brister innan någon prioritering eller gallring har gjorts.

enhetschefer, medan andra främst lyfter risker i kvalitetsråd eller vid behov, utan en strukturerad process. Det framkommer även att underlag ibland lämnas informellt till kvalitetsstrateg, i stället för att följa den fastställda rutinen.

Workshop med socialnämnden för identifiering och bedömning av risker

Det framgår av förvaltningens rutiner för intern kontroll att socialdirektören ska planera och genomföra en workshop med socialnämnden under årets fjärde kvartal för att behandla de identifiera riskerna. Under workshopen ska nämnden dels bedöma förvaltningens lista på risker, dels ges möjlighet att genomföra en egen identifiering och bedömning av risker.

Vi har tagit del av ett arbetsmaterial från den workshop som genomfördes 10 oktober år 2025 med socialnämnden. Av materialet framgår bland annat både förvaltningens och nämndens bedömning av olika risker kopplade till riskområdena:

- Hantera administration och juridik
- Hantera HR
- Tillhandahålla lokaler och fastigheter
- Huvudprocess – socialnämndens uppdrag

Av arbetsmaterialet framgår sex risker som socialnämnden identifierat och 18 som förvaltningen har identifierat. Socialförvaltningen har bedömt samtliga risker de själva identifierat utifrån sannolikhet och konsekvens. Socialnämnden har bedömt sju av förvaltningens identifierade risker och tre av sina egna risker. Vid denna workshop beslutade socialnämnden om att hantera sju risker:

- **Hantera administration och juridik:**
 - Risk för att ansökan och beviljande av förenings- och verksamhetsbidrag inte efterlevs enligt rutin (riskvärde 6 eller 12)
 - Risk för att mutbrott, trolöshet mot huvudman och utnyttjande av sin ställning för att få fördelar för sin egen eller annans vinning (riskvärde 8)
- **Hantera HR:**
 - Risk för att rutin för rekryteringsprocessen inte efterlevs (riskvärde 12 eller 16)
 - Risk för att en jämställd rekrytering inte tillämpas (riskvärde 12)
 - Risk för förlust av kompetens vid hög personalomsättning (riskvärde 12)
 - Risk för ökade sjuktal (riskvärde 12)
- **Huvudprocess – socialnämndens uppdrag**
 - Risk för att efterlevnad och systematisk uppföljning inte sker i enlighet med process för avvikelshantering (Riskvärde 12)

Tre av riskerna som socialnämnden identifierat saknar bedömning av sannolikhet och konsekvens.

7.3.2 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i **allt väsentligt** genomfört en risk- och väsentlighetsanalys.

Vår bedömning baseras på att vi erhållit underlag som påvisar att socialnämnden har genomfört en risk- och väsentlighetsanalys av både risker som förvaltningen har identifierat och som de själva identifierat. Däremot kan vi konstatera att ett flertal av riskerna som inkluderats i analysen inte har bedömts av socialnämnden.

Vi anser att tillvägagångssättet som beskrivs i rutin gällande insamlande av bruttolista är ändamålsenligt och skapar goda förutsättningar för verksamheterna att fånga upp och belysa brister. Dock framgår det av granskningen att genomförandet i praktiken kan skilja sig åt mellan socialförvaltningens verksamhetsområden. Mot bakgrund av detta bedömer vi att det finns behov av en mer enhetlig tillämpning av rutinen för att säkerställa att riskidentifieringen sker på ett strukturerat och likvärdigt sätt inom hela förvaltningen.

7.4 PLAN FÖR INTERN KONTROLL

Utifrån nämndens workshop är socialdirektören, enligt rutinerna för intern kontroll, ansvarig för att utarbeta ett förslag till plan för intern kontroll. Det beskrivs i rutinerna att sammanställningen av nämndens arbete ska behandlas av förvaltningens ledningsgrupp och utmynna i en plan innehållande förslag på:

- 1) Kontrollområden
- 2) Värderingar av risker utifrån sannolikhet och konsekvens
- 3) Val av riskområden
- 4) Kontrollmoment och kontrollmetod
- 5) Frekvens för åtgärd/aktivitet
- 6) Ansvar för kontrollen

Nämnden ska fastställa nästkommande års plan för intern kontroll senast den sista december under innehavande år. Enligt rutinerna för intern kontroll kan socialnämnden komplettera planen vid behov under året.

Av socialnämndens årsuppföljning av den interna kontrollen år 2024⁶ framgår att ett flertal kontrollmoment ska kvarstå även under år 2025, då uppföljningen visar brister samt fortsatt behov av säkerställande av riskhantering:

- **Kontroll av att processen vid nyanställning efterlevs.** Anledningen till att kontrollen ska kvarstå under 2025 uppges vara att stickprov visat på brister i efterlevnaden av rutinerna vid rekrytering. Vidare framgår att förbättringar skett under året och området först vid helårsuppföljningen bedömts ligga nära målvärde. Av uppföljningen framgår även att det inför 2025 lämnats förslag på åtgärder för att ytterligare stärka efterlevnaden av rekryteringsprocessen.

⁶ Årsuppföljning internkontroll. Socialnämnden 2025-01-30, §

- **Efterlevnad och systematisk uppföljning sker i enlighet med process för avvikelshantering.** Anledningen till att kontrollen ska kvarstå under 2025 uppges vara att stickproven fortsatt visar brister i efterlevnaden av avvikelseprocessen, bland annat avseende utredning och dokumentation av bakomliggande orsaker, avslutande av avvikelser samt kvaliteten i uppföljning och analys. Av uppföljningen framgår även att det inför 2025 lämnas förslag på ytterligare åtgärder och aktiviteter kopplade till kontrollmomentet, i syfte att åtgärda kvarstående brister.
- **Kontrollera att riskanalysen kopplat till brukarkvalité och patientsäkerhet genomförs inför förändringar som berör flera verksamheter.** Anledningen till att kontrollen ska kvarstå under 2025 uppges vara att uppföljningen visar att inga riskanalyser genomförts eller diarieförts, vilket bedöms bero på brister i implementeringen av rutinen. Av uppföljningen framgår även att det inför 2025 lämnas förslag på åtgärder för att stärka implementeringen och följsamhet till rutin.
- **Att förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs och genomförs inom lagstadgad tid.** Anledningen till att kontrollen ska kvarstå under 2025 uppges vara att verksamheten under året haft många nyanställda och att implementeringen av rutin och handlingsplan därför behöver fortsätta följas upp, trots att uppföljningen visar att målvärdet bedömts som uppnått och att stickproven visar efterlevnad av lagkraven. Av uppföljningen framgår även att det inför 2025 lämnas förslag på åtgärder för att säkerställa fortsatt följsamhet.
- **Att utredning och dokumentation sker i enlighet med lagar och föreskrifter.** Anledningen till att kontrollen ska kvarstå under 2025 uppges vara att uppföljningen visar ett ej accepterat värde, då ett större antal utredningar överskridit lagstadgad utredningstid. Anledningen till detta uppges exempelvis bero på hög arbetsbelastning. Av uppföljningen framgår även förslag på åtgärder inför 2025, som syftar till att stärka förutsättningarna för en följsam handläggning.

Socialnämnden plan för intern kontroll för år 2025⁷ innehåller tolv risker med tillhörande kontrollmoment:

Hantera administration och juridik:

- 1) Process ekonomiskt bistånd (riskvärde 8): kontroll av att utbetalning av ekonomiskt bistånd sker på ett ändamålsenligt sätt.
- 2) Process debiteringsavgifter (riskvärde 9): kontroll av att alla debiteringsuppgifter stämmer överens med avtalets upphandlade pris.
- 3) Mutbrott, trolöshet mot huvudman och utnyttjande av sin ställning för att få fördelar för sin egen eller annans vinning (riskvärde 12): kontrollera och säkerställ kunskap

⁷ Plan för internkontroll 2025. Socialnämnden 2024-12-19, §

om området att förhindra mutbrott, trolöshet mot huvudman och utnyttjande av sin ställning.

Hantera HR:

- 4) Rekryteringsprocessen (riskvärde 16): kontrollera och säkerställa att rekryteringsprocessen vid nyanställning efterlevs på ett ändamålsenligt sätt.

Huvudprocess – Socialnämndens uppdrag:

- 5) Social dokumentation (riskvärde 16): kontrollera och säkerställa att socialdokumentation upprättas enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt.
- 6) Process delegeringsuppdraget (riskvärde 12): kontrollera och säkerställa att delegeringsuppdraget efterlevs enligt rutin och på ett ändamålsenligt sätt.
- 7) Process hemgång (riskvärde 12): kontrollera och säkerställ att process för hemgång för den enskilde efterlevs på ett ändamålsenligt sätt.
- 8) Riskanalys inför förändring för att säkra kvalitet, patient- och rättssäkerhet som berör flera lagrum/verksamheter (riskvärde 12): kontrollera och säkerställ att efterlevnad av rutinen sker på ett ändamålsenligt sätt.
- 9) Process för avvikelshantering (riskvärde 8): kontrollera och säkerställ att efterlevnad och systematisk uppföljning sker i enlighet med process för avvikelshantering.
- 10) Förhandsbedömning och dokumentationskrav inom barn och unga genomförs inom lagstadgad tid (riskvärde 12): kontrollera och säkerställa att förhandsbedömning och dokumentationskrav kopplad till förhandsbedömning efterlevs.
- 11) Utredningar inom barn och unga genomförs och dokumenteras i enlighet med lagar och föreskrifter (riskvärde 16): kontrollera och säkerställ att utredning och dokumentation inom barn och unga sker i enlighet med lagar och föreskrifter.
- 12) Överflyttning av vårdnad av placerade barn och unga i familjehem (riskvärde 6): kontroll och säkerställande att lagkrav efterlevs om överflyttning av vårdnad av placerade barn och unga i familjehem.

Till respektive risk anges riskvärde, kontrollmoment och kontrollmetod, frekvens samt ansvarig för säkerställande av efterlevnad och åtgärd/aktivitet vid upptäckt brist.

Samtliga kontrollmoment som anges i nämndens plan för intern kontroll ska följas upp vid både del- och helårsuppföljningen.

7.4.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** fastställt en plan för intern kontroll i enlighet med risk- och väsentlighetsanalysen.

Vår bedömning baseras på att socialnämnden har beslutat om en plan för intern kontroll som vi bedömer överensstämmer med kommunstyrelsens riktlinjer för arbetet med intern kontroll. Vi bedömer även att planen för intern kontroll i allt väsentligt överensstämmer

med de risker som bedömts vara av högt riskvärde i risk- och väsentlighetsanalysen. Däremot kan vi konstatera att ett flertal risker som värderades högt i analysen ska hanteras inom ramen för andra processer, till exempel arbete med måluppfyllelse. Vi kan även konstatera att kontrollmoment från år 2024 som inte färdigställdes är inkluderade i nämndens plan för år 2025.

Vi noterar att nämnden i internkontrollplanen för år 2025 har antagit kontrollområden såsom mutbrott och otillåten påverkan, ekonomiskt bistånd, debiteringsavgifter samt rekryteringsprocessen. Vi bedömer att dessa områden har en koppling till att förebygga fel och oegentligheter, vilket överensstämmer med de krav som infördes genom förändringen i kommunallagen den 1 juli 2025.

7.5 UPPFÖLJNING

Enligt både kommunistyrelsens riktlinjer och socialförvaltningens rutiner för arbetet med intern kontroll ska resultatet av kontrollerna i plan för intern kontroll rapporteras till nämnden i samband med delårsuppföljning och vid årsuppföljning.

Samtliga kontrollmoment som anges i nämndens plan för intern kontroll ska följas upp vid både del- och helårsuppföljningen.

7.5.1 Uppföljning delår

Vi har tagit del av socialnämndens delårsuppföljning av arbetet med intern kontroll⁸, vilken gör gällande att fyra kontrollmoment har uppnått sina målvärden medan övriga åtta bedöms vara nära sina målvärden.

Av nämndens delårsuppföljning av intern kontroll framgår beskrivningar av genomförandet samt resultatet av kontrollerna. För samtliga kontrollmoment som inte bedöms uppnå sitt målvärde anges åtgärder/aktiviteter som ska vidtas med anledning av detta. Socialnämnden fattade beslut om att godkänna denna delårsuppföljning av arbetet med intern kontroll. Nämnden fattade inte beslut om ytterligare åtgärder.

7.5.2 Uppföljning helår

Av socialnämndens helårsuppföljning av arbetet med intern kontroll⁹, framgår att tre kontrollmoment har uppnått sina målvärden medan övriga nio bedöms vara nära sina målvärden.

Av helårsuppföljningen av intern kontrollen framgår beskrivningar av genomförandet samt resultatet av kontrollerna. För de kontrollmoment som inte uppnår fastställt målvärde redovisas de åtgärder och aktiviteter som ska vidtas med anledning av detta. Det framgår vidare av uppföljningen att de tre kontrollmoment som bedöms uppnått sina målvärden ska omhändertas inom ramen av berörd verksamhets egenkontroll under år 2026.

Socialnämnden beslutade att godkänna helårsuppföljningen av arbetet med intern kontroll. Nämnden fattade inte beslut om ytterligare åtgärder.

⁸ Delårsuppföljning internkontroll. Socialnämnden 2025-09-25, § 186.

⁹ Socialnämnden plan för internkontroll 2025. Socialnämnden 2026-01-29 § 15

7.5.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden **följer upp** arbetet med den interna kontrollen under året.

Vår bedömning är att nämnden **i allt väsentligt** vidtagit åtgärder vid eventuella avvikelser som uppmärksammas avseende den interna kontrollen.

Vår bedömning baseras på att nämnden har följt upp arbetet med de kontrollmoment som anges i plan för intern kontroll år 2025 per augusti månad och per helåret. I uppföljningarna framgår beskrivningar av genomförda kontroller, resultat av genomförda kontroller samt beskrivningar av åtgärder/aktiviteter som ska vidtas för kontroller som inte bedöms uppnå sitt målvärde. Däremot noterar vi att vissa åtgärder återkommer i såväl delårs- som helårsrapport och det framgår inte om dessa har genomförts (se avsnitt 7.6.1).

7.6 UPPFÖLJNING AV ÅTGÄRDER

Av socialförvaltningens rutin för arbetet med intern kontroll framgår att processansvarig för respektive kontrollmoment ansvarar för att genomföra de åtgärder som nämnden beslutat om. Rutinen anger även att processansvarig ska följa upp genomförandet och dokumentera detta i internkontrollmodulen i verksamhetssystemet.

Av intervjuer framgår att det i praktiken i första hand är enhetscheferna som genomför och följer upp åtgärderna inom ramen för respektive kontrollmoment. Arbetet dokumenteras i verksamhetssystemet och sammanställs därefter av verksamhetscheferna innan materialet förs vidare till ledningsnivå. Intervjuade uppger att dokumentationsstrukturen har utvecklats över tid och att verksamhetssystemet upplevs som stödjande i uppföljningsprocessen.

Vid granskning av delårs- och helårsuppföljningen noteras att samtliga kontrollmoment från internkontrollplanen återkommer i båda uppföljningarna. Det framgår för varje kontrollmoment vilka åtgärder som planerats eller vidtagits med anledning av identifierade brister. Det framgår dock inte för samtliga åtgärder hur uppföljningen av åtgärderna ska genomföras, eller på vilket sätt det säkerställs att åtgärderna är färdigställda eller fått avsedd effekt. Nedan finns en tabell med iakttagelser åtgärder per kontrollmoment kortfattat.

Kontrollmoment	Delår	Helår
Korrekta utbetalningar inom ekonomiskt bistånd	Ingen brist noterad. Åtgärd: fortsätta rutiner och stickprov.	Brist noterad. Åtgärd: Säkerställa att FUT-modellen ¹⁰ används.

¹⁰ Modell för arbetet mot felaktiga utbetalningar av försörjningsstöd

Korrekt debitering utifrån upphandling	Brist noterad. Åtgärd: revidera rutiner och fortsätta egenkontroll.	Brist kvarstår. Åtgärd: fortsatt egenkontroll och utveckla kontrollfunktioner/rutiner.
Mutbrott, trolöshet och korruption	Brist noterad. Åtgärd: revidera rutiner och genomföra utbildningar.	Brist kvarstår. Åtgärd: samma åtgärd anges.
Efterlevnad av rekryteringsprocess vid nyanställning	Brist noterad. Åtgärd: säkerställa rutinefterlevnad och använda rekryteringsstöd.	Brist kvarstår. Åtgärd: samma åtgärd anges.
Avvikelsehantering sker enligt process	Brist noterad. Åtgärd: förbättra analys, dokumentation och uppföljning.	Brist kvarstår. Åtgärd: samma åtgärd anges. Tillägg om kvalitetsuppföljningar sex gånger per år.
Risikanalys inför förändringar	Brist noterad. Åtgärd: öka efterlevnad/implementera rutin.	Ingen brist.
Social dokumentation	Brist noterad. Åtgärd: ett flertal om att stärka dokumentationskvalitet.	Brist kvarstår. Åtgärd: ytterligare åtgärder läggs in, flertalet kvarstår
Förhandsbedömningar barn och unga sker lagenligt	Brist noterad. Åtgärd: fortsätta tillämpa fördelningsmodell, arbete med bemanning, fortsatt utbildnings- och stödinsatser till handläggare.	Brist kvarstår. Åtgärd: samma åtgärd kvarstår.
Utredningar barn och unga sker lagenligt	Brist noterad. Åtgärd: dialog, tidfördelning, kvalitetsråd, uppföljning och rekrytering samt arbetsmiljöinsatser.	Brist kvarstår. Åtgärd: samma åtgärder kvarstår med undantag åtgärd kopplat till rekrytering och arbetsmiljöinsatser
Delegeringsuppdraget	Förbättring. Åtgärd: stärka rutinefterlevnad och systematisk uppföljning.	Förbättring. Åtgärd: fortsatt systematisk uppföljning införande av ny checklista.
Hemgångsprocessen	Ingen brist.	Ingen brist.

Överflyttning av vårdnad	Ingen brist.	Ingen brist.
--------------------------	--------------	--------------

Vid sammanställning av delårs- och helårsuppföljningen noteras följande mönster i redovisningen av åtgärder och uppföljning per kontrollmoment:

- Samma eller liknande åtgärder anges vid båda uppföljningstillfällena rörande frågor om kontrollområden avseende debiteringsuppgifter, mutbrott/trolöshet/korruption, rekryteringsprocessen, avvikelshantering, förhandsbedömningar samt utredningar inom barn och unga. Brister noteras vid båda uppföljningarna och ingen uppföljning av om åtgärder har genomförts eller fått angiven effekt finns dokumenterad.
- I ett par av kontrollområden framgår vid delårsuppföljning att brister noteras och åtgärd som anges är rutinöversyn och/eller rutinrevidering. I dessa fall noteras i helårsuppföljning att samma åtgärd kvarstår utan angivelse om rutin har reviderats. Motsvarande iakttagelse görs även för social dokumentation, avvikelshantering och utredningar inom barn och unga där redovisning av om åtgärderna har genomförts inte återfinns i helårsrapporten.
- Åtgärder beskrivs utan redovisad plan för uppföljning i vissa fall. Exempelvis inom ekonomiskt bistånd där införande av FUT-modellen anges i helårsrapporten, utan redovisning av hur eller när uppföljning av införandet ska ske. Inom förhandsbedömningar och utredningar inom barn och unga redovisas förändringar i utfall mellan delår och helår, men plan för uppföljning av åtgärderna framgår inte.
- Ett kontrollmoment redovisar samband mellan angiven åtgärd vid delår och resultat vid helår, nämligen riskanalys inför förändringar. Delårsrapporten beskriver en implementeringsinsats och helårsrapporten redovisar genomförda riskanalyser.

Sammanfattningsvis anges planerade åtgärder vid delår och helår för samtliga berörda kontrollmoment med identifierade brister men redovisning av genomförande och uppföljning av åtgärderna förekommer inte i samtliga fall.

7.6.1 Bedömning

Vår bedömning är att vidtagna åtgärder **endast delvis** har följts upp

Vår bedömning baseras på att det finns dokumenterade rutiner som tydliggör hur vidtagna åtgärder ska följas upp och hur arbetet ska dokumenteras i verksamhetssystemet. Av intervjuer framgår att arbetssättet är känt och används i organisationen samt att ansvarsfördelningen uppfattas som tydlig. Det framgår även att verksamhetssystemet upplevs som ett stöd i uppföljningsprocessen och bidrar till en mer strukturerad hantering än tidigare år.

Vid granskningen framkommer samtidigt att det för flera kontrollmoment inte redovisas om de åtgärder som identifierades vid delår har genomförts eller följts upp.

För flera av kontrollmomenten anges samma eller liknande åtgärder vid både delår och helår utan att redovisning lämnas av genomförande, resultat eller effekt.

Vid vissa kontrollmoment redovisas att åtgärder har initierats, men det framgår inte hur eller när uppföljning av dessa ska genomföras.

7.7 DOKUMENTATION

Av rutinen för internkontroll framgår att all dokumentation av riskanalyser, internkontrollplan som beslutas av nämnd och uppföljning ska ske i internkontrollmodul inom verksamhetssystemet. Det framgår vidare av rutinen att dokumentationen utgör en grundläggande förutsättning för att kunna verifiera att den interna kontrollen genomförs som avsett.

Vid intervju har vi tagit del av skärmbilder från verksamhetssystemet där det framgår att systemet är strukturerat i fyra nivåer, där varje nivå har en egen funktion.

- **Nivå 1, Processer:** Här anges de övergripande processerna som internkontrollen utgår från.
- **Nivå 2, Riskområden:** På denna nivå framgår de bedömda riskerna kopplade till processerna. Riskerna markeras med färgkodning som visar risknivå.
- **Nivå 3, Kontrollmoment:** Här beskrivs vad som ska kontrolleras för att säkerställa att riskerna hanteras.
- **Nivå 4, Aktiviteter:** Här anges de åtgärder/aktiviteter som ska genomföras

Vid intervjuer delges att det finns en hög grad av medvetenhet i organisationen kring hur dokumentationen av internkontrollarbetet ska genomföras. Majoriteten av de intervjuade beskriver att ansvarsfördelningen upplevs som tydlig och att det finns en hög förståelse för när och på vilket sätt dokumentation ska ske.

Inom ramen för denna granskning har vi tagit del av chefernas bruttolistor för risker, förvaltningsledningens bruttolista och riskanalys, socialnämndens riskanalys, socialnämndens plan för intern kontroll samt socialnämndens uppföljning av kontrollmomenten i plan för intern kontroll. I uppföljningen av planen framgår även planerade åtgärder vid identifierade brister. Vi har inte tagit del av underlag som påvisar när och hur uppföljningar av åtgärder genomförts.

7.7.1 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden i **allt väsentligt** säkerställt att kontrollarbetet som bedrivs under året kopplat till den interna kontrollen dokumenteras.

Vår bedömning baseras på att det finns etablerade rutiner och ett systemstöd för dokumentation av riskanalyser, internkontrollplan och uppföljning. Vi ser i det granskade materialet att dokumentation har genomförts enligt dessa rutiner.

Vi bedömer därför att nämnden har säkerställt dokumentationen av internkontrollens planering och genomförande. Samtidigt framgår det inte i underlagen hur uppföljning av vidtagna åtgärder har genomförts. Till flera kontrollmoment anges åtgärder vid delår och helår utan att tidpunkt, metod eller resultat av uppföljningen redovisas (se avsnitt 7.6.1).

8 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskning har varit att bedöma om socialnämnden har en tillräcklig struktur för den interna styrningen och kontrollen i verksamheten.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att socialnämnden i allt väsentligt har en tillräcklig struktur för den interna styrning och kontroll i verksamheten.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi socialnämnden att:

- Säkerställa att rutinen för insamling och sammanställning av bruttolista följs enhetligt inom samtliga verksamhetsområden, i syfte att skapa en strukturerad och likvärdig riskidentifiering (se avsnitt 7.3.2)
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment genomförs enligt internkontrollplan (se avsnitt 7.4.1)
- Säkerställa att samtliga åtgärder som planeras utifrån identifierade brister följs upp både avseende genomförande och effekt (se avsnitt 7.6.1)
- Säkerställa att genomförande och uppföljning av åtgärder dokumenteras (se avsnitt 7.7.1)

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Micaela Hedin

Certifierad kommunal revisor

Joakim Hackström-Larsson

Verksamhetsrevisor/specialist



§ 79

Yttrande över granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut

Ärendenr 2025/1209-3.9.0.1

Socialnämndens arbetsutskotts förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande avseende kommunrevisionens granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut och avge nedanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanfattning av ärendet

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunstyrelsen och nämndernas rutiner kring delegation och delegationsbeslut. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningarna är ändamålsenliga samt om styrelsen och nämnder har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Granskningen visar att socialnämnden i allt väsentligt har ändamålsenlig delegationsordning men att socialnämnden endast delvis har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Luleå kommuns revisorer rekommenderar socialnämnden att:

- Säkerställa följsamhet till det kommunstyrelsen beslutar gällande delegationsordningar, delegationsbeslut inom allmänna områden, anmälan till nämnden, definition av delegerat beslutsfattande och verkställighet.
- Säkerställa att det finns tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut.
- För samtliga beslutspunkter i delegationsordningen att det upprättas delegationsbeslut enligt angiven mall.

Revisorerna överlämnar granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrandet ska innehålla plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från granskade nämnder.

*Socialförvaltningens yttrande*

Socialförvaltningen välkomnar en gemensam struktur för utformning av delegationsordningar i enlighet med revisorernas rekommendation och kommer att anpassa strukturen av delegationsordningen i enlighet med det som kommunstyrelsen beslutar.

För att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap om delegationsordningen och medarbetarens beslutsram har varje enhet inom myndighetsutövning sedan flera år tillbaka inkluderat delegationsordningen i introduktionen av nya medarbetare. För att stärka övriga professioners kunskap har socialförvaltningen efter granskningen lagt till en punkt om delegationsordningen i introduktionsprogrammet för nya chefer. Bedömningen är att efterfrågad åtgärd är genomförd.

I delegationsordningen anges "för att kontrollera om delegationsbeslut fattas i enlighet med gällande delegationsordning ska uppföljning av delegationsbeslut genomföras en gång per år. Kontrollen avser att delegationsordningen efterlevs, att delegationsbeslut fattas av rätt delegat, att delegationsbeslut anmäls till nämndens nästkommande sammanträde (egenkontroll)". Texten kommer att uppdateras med vem som ansvarar för uppföljning/kontroll av delegationsbeslut och hur uppföljningen ska genomföras samt arbetsgång då chef bedömer att en medarbetare inte uppfyller kraven för att fatta delegerade beslut. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.

Socialnämnden har beslutat på vilket sätt samt vilka delegationsbeslut som ska anmälas till nämnden. I delegationsordningen framgår att samtliga beslut som registreras i verksamhetssystemet finns tillgängliga vid socialnämndens sammanträde. Det framgår även att mallen för delegationsbeslut ska användas då det i anmärkningsfältet anges att "Delegationsbeslut upprättas i diariet". Dessa beslut upprättas för att säkra rapporteringen till socialnämnden för de beslut som inte kan kodas in i verksamhetssystemet.

Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare har ett pågående arbete där det ingår att säkra att de beslut som kodas in i verksamhetssystemet överensstämmer med vad som framkommer i delegationsordningen. Bedömningen är att arbetet är slutfört senast 2026-12-31.

Socialförvaltningen kommer även att omhänderta följande punkter som i granskningsrapporten redovisas som förbättringsområden.

- I rapporten framkommer att för beslut med flera delegater bör det tydligare anges befogenhetsram för delegaten. Delegat som anges i dele-



gationsordningen avser alltid lägsta beslutsnivå. Om flera funktioner anges som delegater har de samma beslutanderätt och befogenhetsram. Det finns ingen inbördes rangordning mellan dem. Detta kommer att tydliggöras i inledningen till delegationsordningen. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.

- I rapporten framkommer att beskrivningen gällande verkställighet behöver förtydligas. Socialförvaltningen kommer att se över och förtydliga formuleringarna i inledningen av delegationsordningen gällande verkställighet. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.
- I rapporten framkommer att det i delegationsordningen saknas angivna beloppsnivåer för enskild överenskommelse utanför Allmänna Bestämmelser, AB:s, regler. Detta kommer att åtgärdas. HR & kompetensförsörjning ansvarar för att revideringen är genomförd senast 2026-11-30.
- I rapporten framkommer att beslutspunkter gällande avrop från ramavtal med angivna beloppsnivåer samt inleda upphandling om ramavtal ska ingå i delegationsordningen. Socialnämnden har 2026-04-27 antagit nya beloppsnivåer i delegationsordningen gällande upphandling enligt förslag från inköpsavdelningen. Köp av varor eller tjänster från gällande ramavtal är att betrakta som verkställighet, under förutsättning att köpet sker inom angivna budgetramar och utifrån de förutsättningar som anges i ramavtalet. Delegationsordningen måste kompletteras med vem som har delegation att inleda upphandling om ramavtal. Avdelningschef för verksamhetsstöd & utveckling ansvarar för att revideringen är genomförd senast 2026-11-30 och att det vid behov upprättas en arbetsordning för upphandlingsprocessen.

Socialförvaltningen har föreslagit socialnämnden besluta att anta socialförvaltningens yttrande avseende kommunrevisionens granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut och avge ovanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanträdet

Ordföranden ställer socialförvaltningens förslag under proposition och finner att arbetsutskottet bifaller förslaget.

Dialog

Dialog har genomförts inom socialförvaltningen.



Beslutsunderlag

- Slutdokument – Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut, SOC Hid: 2026.1345
- Rapport – Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut, SOC Hid: 2026.1346
- Socialförvaltningens förslag till beslut gällande yttrande över granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut, SOC Hid: 2026.3218

Förslag till beslut gällande yttrande över granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut

Ärendenr 2025/1209-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att anta socialförvaltningens yttrande avseende kommunrevisionens granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut och avge nedanstående svar till kommunrevisionen.

Sammanfattning av ärendet

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunstyrelsen och nämndernas rutiner kring delegation och delegationsbeslut. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningarna är ändamålsenliga samt om styrelsen och nämnder har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Granskningen visar att socialnämnden i allt väsentligt har ändamålsenlig delegationsordning men att socialnämnden endast delvis har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Luleå kommuns revisorer rekommenderar socialnämnden att:

- Säkerställa följsamhet till det kommunstyrelsen beslutar gällande delegationsordningar, delegationsbeslut inom allmänna områden, anmälan till nämnden, definition av delegerat beslutsfattande och verkställighet.
- Säkerställa att det finns tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut.
- För samtliga beslutspunkter i delegationsordningen att det upprättas delegationsbeslut enligt angiven mall.

Revisorerna överlämnar granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrandet ska innehålla plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från granskade nämnder.

Socialförvaltningens yttrande

Socialförvaltningen välkomnar en gemensam struktur för utformning av delegationsordningar i enlighet med revisorernas rekommendation och

kommer att anpassa strukturen av delegationsordningen i enlighet med det som kommunstyrelsen beslutar.

För att säkerställa att det finns tillräcklig kunskap om delegationsordningen och medarbetarens beslutsram har varje enhet inom myndighetsutövning sedan flera år tillbaka inkluderat delegationsordningen i introduktionen av nya medarbetare. För att stärka övriga professioners kunskap har socialförvaltningen efter granskningen lagt till en punkt om delegationsordningen i introduktionsprogrammet för nya chefer. Bedömningen är att efterfrågad åtgärd är genomförd.

I delegationsordningen anges "för att kontrollera om delegationsbeslut fattas i enlighet med gällande delegationsordning ska uppföljning av delegationsbeslut genomföras en gång per år. Kontrollen avser att delegationsordningen efterlevs, att delegationsbeslut fattas av rätt delegat, att delegationsbeslut anmäls till nämndens nästkommande sammanträde (egenkontroll)". Texten kommer att uppdateras med vem som ansvarar för uppföljning/kontroll av delegationsbeslut och hur uppföljningen ska genomföras samt arbetsgång då chef bedömer att en medarbetare inte uppfyller kraven för att fatta delegerade beslut. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.

Socialnämnden har beslutat på vilket sätt samt vilka delegationsbeslut som ska anmälas till nämnden. I delegationsordningen framgår att samtliga beslut som registreras i verksamhetssystemet finns tillgängliga vid socialnämndens sammanträde. Det framgår även att mallen för delegationsbeslut ska användas då det i anmärkningsfältet anges att "Delegationsbeslut upprättas i diariet". Dessa beslut upprättas för att säkra rapporteringen till socialnämnden för de beslut som inte kan kodas in i verksamhetssystemet.

Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare har ett pågående arbete där det ingår att säkra att de beslut som kodas in i verksamhetssystemet överensstämmer med vad som framkommer i delegationsordningen. Bedömningen är att arbetet är slutfört senast 2026-12-31.

Socialförvaltningen kommer även att omhänderta följande punkter som i granskningsrapporten redovisas som förbättringsområden.

- I rapporten framkommer att för beslut med flera delegater bör det tydligare anges befogenhetsram för delegaten. Delegat som anges i delegationsordningen avser alltid lägsta beslutsnivå. Om flera funktioner anges som delegater har de samma beslutanderätt och

befogenhetsram. Det finns ingen inbördes rangordning mellan dem. Detta kommer att tydliggöras i inledningen till delegationsordningen. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.

- I rapporten framkommer att beskrivningen gällande verkställighet behöver förtydligas. Socialförvaltningen kommer att se över och förtydliga formuleringarna i inledningen av delegationsordningen gällande verkställighet. Socialförvaltningens kansli i samverkan med socialt ansvarig samordnare ansvarar för att revideringarna är genomförda senast 2026-11-30.
- I rapporten framkommer att det i delegationsordningen saknas angivna beloppsnivåer för enskild överenskommelse utanför Allmänna Bestämmelser, AB:s, regler. Detta kommer att åtgärdas. HR & kompetensförsörjning ansvarar för att revideringen är genomförd senast 2026-11-30.
- I rapporten framkommer att beslutspunkter gällande avrop från ramavtal med angivna beloppsnivåer samt inleda upphandling om ramavtal ska ingå i delegationsordningen. Socialnämnden har 2026-04-27 antagit nya beloppsnivåer i delegationsordningen gällande upphandling enligt förslag från inköpsavdelningen. Köp av varor eller tjänster från gällande ramavtal är att betrakta som verkställighet, under förutsättning att köpet sker inom angivna budgetramar och utifrån de förutsättningar som anges i ramavtalet. Delegationsordningen måste kompletteras med vem som har delegation att inleda upphandling om ramavtal. Avdelningschef för verksamhetsstöd & utveckling ansvarar för att revideringen är genomförd senast 2026-11-30 och att det vid behov upprättas en arbetsordning för upphandlingsprocessen.

Dialog

Dialog har genomförts inom socialförvaltningen.

Beslutsunderlag

- Slutdokument – Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut, SOC Hid: 2026.1345
- Rapport – Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut, SOC Hid: 2026.1346

Ida Johansson

Avdelningschef verksamhetsstöd & utveckling

Beslutet skickas till

Socialförvaltningens ledningsgrupp

Kommunrevisionen

Azets Revision & Rådgivning AB



För kännedom:

Kommunfullmäktige
Partigruppledare

Till:

Kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, infrastruktur- och servicenämnden, kultur- och fritidsnämnden, miljö- och byggnadsnämnden, socialnämnden samt E-nämnden.

Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunstyrelsen och nämndernas rutiner kring delegation och delegationsbeslut. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningarna är ändamålsenliga samt om styrelsen och nämnder har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen, infrastruktur- och servicenämnden samt kultur- och fritidsnämnden endast delvis har ändamålsenliga delegationsordningar. Vi bedömer att arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, miljö- och byggnämnden, socialnämnden och e-nämnden i allt väsentligt har ändamålsenliga delegationsordningar.

Vi bedömer att kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, infrastruktur- och servicenämnden, kultur- och fritidsnämnden och socialnämnden endast delvis har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Vi bedömer att miljö- och byggnämnden och e-nämnden inte har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen har visat att delegationsordningarnas inledande texter inte är liktydiga i sina beskrivningar av motsvarande områden. Begreppet verkställighet definieras på olika sätt mellan nämnderna, vilket i sin tur får konsekvenser på tillämpligheten. Det innebär att behandling av samma ärende inte är likvärdig inom kommunstyrelsen och granskande nämnder.

Dispositionen av delegationsordningarna saknar samsyn. Delegationsordningarnas disposition för kommunstyrelsen, kultur-och fritidsnämnden och infrastruktur- och servicenämnden innebär att det är svårare att få en överblick över vilka beslut som är delegerade av nämnden, vilket i sig försvårar läsbarheten för allmänheten.

Gällande uppföljningen av delegationsbeslut kan vi konstatera att samtliga nämnder och styrelsen behöver säkerställa tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut. Vi har även i granskningen funnit att miljö- och byggnämnden och e-nämndens hantering av delegationsbeslut har stora brister.

Vi har i vår granskning konstaterat att det inte råder en samstämmighet kring vilka grundläggande beslutspunkter som en delegationsordning ska innehålla för processer som samtliga nämnder och styrelsen omfattas av. Exempel på detta är områdena inköp och upphandling, beslutsattest, allmänna förvaltningsärenden, dataskyddsförordningen och inom personalområdet.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utforma en kommungemensam mall för delegationsordningar innehållande disposition, inledande sidor samt kommungemensamma beslutspunkter.
- Tillse ett kommungemensamt förhållningssätt gällande delegation inom de allmänna områden som omfattar samtliga nämnder såsom personal, upphandling och inköp, beslutsattest, dataskyddsförordningen och allmänna förvaltningsärenden.
- Tillse att det finns ett kommungemensamt ställningstagande gällande verkställighet och beslutsfattande.
- Verka för kommungemensam likvärdig hantering av delegation och delegationsbeslut.
- Utforma kommungemensam utbildning kring delegation.
- Tillse att det finns ett kommungemensamt arbetssätt för uppföljning och kvalitetssäkring av delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi granskande nämnder att:

- Säkerställa följsamhet till det kommunstyrelsen beslutar gällande delegationsordningar, delegationsbeslut inom allmänna områden, anmälan till nämnden, definition av delegerat beslutfattande och verkställighet.
- Säkerställa att det finns tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden, socialnämnden och E-nämnden att:

- För samtliga beslutspunkter i delegationsordningen att det upprättas delegationsbeslut enligt angiven mall.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden och E-nämnden att:

- Samtliga delegationsbeslut anmäls till nämndens näst kommande sammanträde.

Vi, revisorer, överlämnar härmed granskningsrapporten för kännedom och yttrande. Yttrande ska innehållande plan för genomförande av åtgärder och tidsplan för genomförande från granskande nämnder och styrelsen senast 15 oktober 2026

2026-03-24

För Luleå kommuns förtroendevalda revisorer

Kjell Nilsson

Ordförande, revisionen

Lars Lassinantti

Vice ordförande, revisionen

Bernt Johansson

Ove Bucht

Anette Sundström

Lars Anehagen

Folke Sundberg

Revisorerna godkände utlåtandet på revisionssammanträdet 2026-04-08



Granskning av delegationsordningar och delegationsbeslut

Luleå kommun

2026-04-08

Antal sidor 41

Antal bilagor 3

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	7
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	7
3.1	<i>Avgränsning och ansvarig styrelse/nämnd/fullmäktigeberedning</i>	7
4	Revisionskriterier	8
5	Metod	8
6	Resultat av Granskningen	9
6.1	<i>Övergripande styrande dokument</i>	9
6.2	<i>Reglementen För Styrelse och Nämnder</i>	9
6.3	<i>Delegationsordningar</i>	9
6.3.1	Kommunstyrelsen	9
6.3.2	Bedömning	12
6.3.3	Arbetsmarknads- och gymnasienämnden och barn- och utbildningsnämnden	14
6.3.4	Bedömning	17
6.3.5	Infrastruktur - och servicenämnden	19
6.3.6	Bedömning	22
6.3.7	Kultur- och fritidsnämnden	23
6.3.8	Bedömning	26
6.3.9	Miljö- och byggnadsnämnden	27
6.3.10	Bedömning	30
6.3.11	Socialnämnden	32
6.3.12	Bedömning	35
7.2.3	E-nämnden	36
7.2.8	Samlade iakttagelser	38
7	Samlad bedömning och rekommendationer	40
8	Bilagor	42

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning AB har av Luleå kommuns revisorer fått i uppdrag att granska kommunstyrelsen och nämndernas rutiner kring delegation och delegationsbeslut. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningarna är ändamålsenliga samt om styrelsen och nämnder har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen, infrastruktur- och servicenämnden samt kultur- och fritidsnämnden endast delvis har ändamålsenliga delegationsordningar. Vi bedömer att arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, miljö- och byggnämnden, socialnämnden och e-nämnden i allt väsentligt har ändamålsenliga delegationsordningar.

Vi bedömer att kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, infrastruktur- och servicenämnden, kultur- och fritidsnämnden och socialnämnden endast delvis har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Vi bedömer att miljö- och byggnämnden och e-nämnden inte har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Bakgrunden till vår samlade bedömning är att granskningen har visat att delegationsordningarnas inledande texter inte är liktydiga i sina beskrivningar av motsvarande områden. Begreppet verkställighet definieras på olika sätt mellan nämnderna, vilket i sin tur får konsekvenser på tillämpligheten. Det innebär att behandling av samma ärende inte är likvärdig inom kommunstyrelsen och granskande nämnder.

Dispositionen av delegationsordningarna saknar samsyn. Delegationsordningarnas disposition för kommunstyrelsen, kultur- och fritidsnämnden och infrastruktur- och servicenämnden innebär att det är svårare att få en överblick över vilka beslut som är delegerade av nämnden, vilket i sig försvårar läsbarheten för allmänheten.

Gällande uppföljningen av delegationsbeslut kan vi konstatera att samtliga nämnder och styrelsen behöver säkerställa tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut. Vi har även i granskningen funnit att miljö- och byggnämnden och e-nämndens hantering av delegationsbeslut har stora brister.

Vi har i vår granskning konstaterat att det inte råder en samstämmighet kring vilka grundläggande beslutspunkter som en delegationsordning ska innehålla för processer som samtliga nämnder och styrelsen omfattas av. Exempel på detta är områdena inköp och upphandling, beslutsattest, allmänna förvaltningsärenden, dataskyddsförordningen och inom personalområdet.

I det följande redovisas samlad bedömning av revisionsfrågan per revisionsobjekt.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Har styrelsen och nämnderna säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt?	
Kommunstyrelsen	Endast delvis
Arbetsmarknads- och gymnasienämnden	Endast delvis
Barn- och utbildningsnämnden	Endast delvis
Infrastruktur- och servicenämnden	Endast delvis
Kultur- och fritidsnämnden	Endast delvis
Miljö- och byggnadsnämnden	Endast delvis
Socialnämnden	I allt väsentligt
E-nämnden	Nej
Har styrelsen och nämnderna säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätt har delegerats?	
Kommunstyrelsen	Endast delvis
Arbetsmarknads- och gymnasienämnden	I allt väsentligt
Barn- och utbildningsnämnden	I allt väsentligt
Infrastruktur- och servicenämnden	Endast delvis
Kultur- och fritidsnämnden	Endast delvis
Miljö- och byggnadsnämnden	I allt väsentligt
Socialnämnden	I allt väsentligt
E-nämnden	Nej
Har styrelsen och nämnderna säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs?	
Kommunstyrelsen	Endast delvis

Arbetsmarknads- och gymnasienämnden	Endast delvis
Barn- och utbildningsnämnden	Endast delvis
Infrastruktur- och servicenämnden	Endast delvis
Kultur- och fritidsnämnden	Endast delvis
Miljö- och byggnadsnämnden	Nej
Socialnämnden	Endast delvis
E-nämnden	Nej

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utforma en kommungemensam mall för delegationsordningar innehållande disposition, inledande sidor samt kommungemensamma beslutspunkter.
- Tillse ett kommungemensamt förhållningssätt gällande delegation inom de allmänna områden som omfattar samtliga nämnder såsom personal, upphandling och inköp, beslutsattest, dataskyddsförordningen och allmänna förvaltningsärenden.
- Tillse att det finns ett kommungemensamt ställningstagande gällande verkställighet och beslutsfattande.
- Verka för kommungemensam likvärdig hantering av delegation och delegationsbeslut.
- Utforma kommungemensam utbildning kring delegation.
- Tillse att det finns ett kommungemensamt arbetssätt för uppföljning och kvalitetssäkring av delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi granskande nämnder att:

- Säkerställa följsamhet till det kommunstyrelsen beslutar gällande delegationsordningar, delegationsbeslut inom allmänna områden, anmälan till nämnden, definition av delegerat beslutfattande och verkställighet.
- Säkerställa att det finns tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden, socialnämnden och E-nämnden att:

- För samtliga beslutspunkter i delegationsordningen att det upprättas delegationsbeslut enligt angiven mall.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden och E-nämnden att:

- Samtliga delegationsbeslut anmäls till nämndens näst kommande sammanträde.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning AB har fått i uppdrag av Luleå kommuns revisorer att granska kommunens rutiner kring delegation och delegationsbeslut. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Vid tidigare granskning gällande direktupphandling identifierades ett flertal brister kopplade till delegation. Det har uppmärksammats genom de olika revisionsaktiviteterna som genomförts att det kan finnas brister i hantering av delegation inom de olika nämnderna och styrelsen.

Revisorerna bedömer att det finns en risk för att delegationen från nämnd till förvaltning är alltför långtgående. Revisorerna bedömer även att det finns en risk för att styrelsen och nämnderna inte har en tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningen är ändamålsenlig samt om styrelse och nämnder har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har styrelsen och nämnderna säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt?
- Har styrelsen och nämnderna säkerställt att det tydligt framgår vilken beslutanderätt som har delegerat till vilken funktion beslutanderätt har delegerats?
 - Har styrelse och nämnd säkerställt att delegation och ansvarsfördelning är uppdaterad och anpassad till verksamhet och organisation?
- Har styrelsen och nämnd säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs?
 - Finns och efterlevs fastställda regler och rutiner för anmälan av beslut som fattas med stöd av delegation?

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG STYRELSE/NÄMND/FULLMÄKTIGEBEREDNING

Granskningen omfattar kommunstyrelsen, arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, infrastruktur- och servicenämnden, kultur- och fritidsnämnden, miljö- och byggnadsnämnden, socialnämnden och e-nämnden.

Granskningen har avgränsats till ett urval av delegationsbeslut fattade under år 2025 för stickprovskontrollen. Granskningen omfattar en översiktlig översyn av de delegerade besluten. Granskningen har inte innefattat att delegation av speciallagstiftning.

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- 6 kap. 6, 37,38,39,40, 44§§ och 7 kap. 5 och 6 §§ Kommunallagen (2017:725)
- 5 § Förvaltningslagen (2017:900)
- Luleå kommuns reglementen för nämnder och styrelse

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av delegationsordningar, reglemente, riktlinjer och rutiner.
- Intervjuer med kommunstyrelsens ordförande och vice ordförande samt granskad nämnds ordförande, kommunsekreterare, registratorer, förvaltningsdirektörer för samtliga nämnder, avdelningschefer, kanslichef kommunstyrelseförvaltningen samt kommundirektör samt vice kommundirektören.
- Stickprovskontroller av delegationsbeslut från respektive granskad nämnd och kommunstyrelsen.

Intervjuerna har genomförts för förståelse för styrelsens och nämndernas arbetssätt med delegationsordningen och delegationsbeslut. Intervjuerna har baserat på övergripande frågeställningar. Alla delar som rapporten omfattar har inte berörts vid intervjuerna.

Stickprovsvisa kontroller av delegationsbeslut har genomförts inom respektive granskad nämnd och kommunstyrelsen. För e-nämnden har det inte redovisats några delegationsbeslut.

Förteckningar över delegationsbeslut för månaderna januari år 2025, april år 2025 och september år 2025 har inhämtats från respektive styrelse och nämnd. Utifrån dessa har därefter ett urval om tre delegationsbeslut per nämnd/styrelse begärts in och granskats enligt ett granskningsprogram.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att faktakontrollera granskningen.

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 ÖVERGRIPANDE STYRANDE DOKUMENT

På kommunens hemsida¹ finns styrdokumentet "ärendehantering för politiska beslut", som är beslutat av kommundirektören och anges gälla för alla nämnder. Detta dokument har upphört att gälla och kommer enligt uppgift ersättas med vägledande texter på intranätet.

Det beskrivs att varje nämnd är en egen myndighet och det finns inte några kommungemensamma riktlinjer över utformning av delegationsordningar vare sig när det gäller disposition, centrala begrepp och synsätt eller för de kommungemensamma processerna.

6.2 REGLEMENTEN FÖR STYRELSE OCH NÄMNDER

Vi har genomfört en genomlysning av samtliga reglementen för att tillse att delegationsordningarna överensstämmer med reglementena. Vi har inte uppmärksammat att kommunstyrelsen eller någon av nämndernas delegationsordningar skiljer sig från de verksamhetsområden som anges i reglementena, se bilaga 1.

6.3 DELEGATIONSORDNINGAR

6.3.1 Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsens delegationsordning fastställdes 2025-05-05². Delegationsordningen senaste revidering var 2024-01-15 med giltighetstid tills vidare. Vi noterar att datumet för senaste revidering är tidigare datum för fastställande.

6.3.1.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i kronologisk ordning.

- Kännetecknande för ett beslut är att det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattarna måste göra vissa överväganden och bedömningar. Jämfört med verkställighet eller faktiskt handlande.
- Delegerad beslutanderätt får endast nyttjas inom ramen för budgeterade medel och i enlighet med gällande lagar, avtal, mål och riktlinjer, anvisningar etc.
- Verkställighet/faktiskt handlande anges vara:
 - Anställningsbeslut som är kortare än 12 månader.
 - Direktupphandlingar understigande 100 tkr betraktas som faktiskt handlande.
 - Avskrivning av fordringar när kundförlust är konstaterad genom underlag från myndighet, konkursförvaltare, inkassobolag eller om gäldenären är avliden.
 - Avskrivning när fordringsbeloppet understiger ansökningsavgiften för ansökan om betalningsföreläggande anses också vara faktiskt handlande.

¹ Kontroll av hemsidan 2026-02-25

² Kommunstyrelsen 2025-05-05 § 121

- Beslut som fattas med stöd av delegation jämföras med ett beslut som nämnden själv har fattat och kan överklagas, antingen genom förvaltningsbesvär eller bli föremål för laglighetsprövning genom kommunalbesvär.
- Nämnden kan när som helst återkalla en lämnad delegering. Detta kan göras både generellt och i ett enskilt ärende. Detta kan till exempel gälla ett ärende som nämnden bedömer som så principiellt viktigt att den själv bör besluta om ärendet.
- Principiella beslut kan inte delegeras, vilket innebär att delegerad beslutanderätt inte får utövas i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet (6 kap 38 § p 1 KL). I dessa ärenden beslutar kommunstyrelsen.
- Överordnad tjänsteperson har generell rätt att besluta i ärenden som tillkommer underordnad delegat vid dennes frånvaro.
- Delegerande beslutanderätten får inte utövas i ärenden som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Förvaltningschef har rätt att vidaredelegera till annan anställd inom förvaltningen förutom när det framgår att det inte får ske.
- Brådskande beslut kan fattas av ordföranden med vice ordförande som ersättare.
- Beslut fattade på delegation av kommunstyrelsen ska anmälas till kommunstyrelsen på nästföljande tillgängliga/möjliga sammanträde förutom finanscontrollerns delegationsbeslut rapporteras via separat finansrapport där beslut fattade föregående månad framgår.

6.3.1.2 Beslutspunkter

Beslutspunkterna är organiserade efter vilken delegation som tilldelats olika funktioner. Flertalet funktioner saknar angiven ersättare. Beslutspunkterna är inte kategoriserade utifrån områden såsom personal, administration, inköp eller ekonomi.

Det finns beslutspunkter för flertalet funktioner som får fatta beslut om att avropa från inköpscentral, anta anbud och teckna avtal för varor för olika avtalsvärden inom kommunstyrelsens förvaltningar alternativt fler än en förvaltning/bolag. De olika funktionerna har olika beloppsnivåer angivna. Exempelvis är arbetsutskottets delegation för denna beslutspunkt på belopp överstigande 15 miljoner kronor. Det framgår inte någon övre beloppsnivå.

Av beslutspunkterna framgår att funktionen biträdande kommundirektören med funktionen samhällsbyggnadsdirektören som ersättare har rätt att inom kommunstyrelseförvaltningens ansvarsområde omfördela medel av kommunstyrelsen fastställd internbudget samt utse beslutsattestanter för dessa.

Funktionen HR-chef har beslutanderätt för avgångsersättning och omställningsersättning och funktionen ekonomichef har beslutanderätt för avskrivningar av fordringar utan några angivna beloppsnivåer.

Av attestreglementet³, framgår att kommunstyrelsen och respektive nämnd ska inom sin nämnds verksamhetsområde utse eller delegera till annan att utse en eller flera

³ Beslutad av kommunstyrelsen 2020-01-13 § 14

beslutsattestanter samt ersättare för dess. Beslutet ska fattas varje kalenderår. Av vår genomlysning av styrelsens protokoll för år 2025 framgår inte att styrelsen har beslutat om beslutattester samt ersättare för dessa.

Av attestreglementet och tillämpningsanvisningarna för attestreglementet framgår inte några ekonomiska ramar.

Av beslutspunkterna framgår inte delegation att upphandla ramavtal över direktupphandlingsgränsen.

Inom området personal har flertalet funktioner rätt att anställa, säga upp och avskeda direkt underställd personal. Det framgår dock inte av beslutspunkterna att någon funktion har delegation på avstängning och varning av personal.

Funktionen kommunstyrelsens ordförande med funktionen vice ordföranden som ersättare har delegation att fastställa lön för kommundirektören och funktionen kommundirektören fastställer lön för samtliga direktörer och direkt underställd personal. Utöver dessa funktioner har inte att någon funktion delegation på att fastställa lön för medarbetare. Vidare finns det beslutspunkten om att förbjuda bisyssla med funktionen kommundirektör som delegat gällande övriga direktörer och övrig direkt underställd personal. För övriga funktioner saknas delegation gällande att förbjuda bisyssla.

I intervju uppges att det uppmärksammats att det inte finns något delegerat beslutfattande att inte svara på remisser exempelvis från Regeringskansliet. Samtidigt som det beskrivs att ställningstagande har gjorts inom förvaltningen att vissa remisser inte ska besvaras.

6.3.1.3 Kompletterande rutiner / Processer

Vid intervju framkommer att disposition för delegationsordningen har tillämpats under en längre tid och utformats med fokus på ändamålsenlighet. Enligt intervju innebär dispositionen att varje funktion enkelt tar del av sin specifika beslutanderätt. Till skillnad från när delegationen utgår från olika verksamhetsområden.

Det beskrivs att revidering av delegationsordning sker med jämna mellanrum utefter de behov som framkommer.

I intervjuer beskrivs att då varje nämnd är sin egen myndighet sker det inte någon styrning från kommunstyrelsen av innehållet för de inledande sidorna i delegationsordningarna eller delegation för exempelvis de kommungemensamma processerna. Det beskrivs att från de stödjande funktionerna finns det försök att samordna detta för samtliga nämnder, exempelvis inom området inköp och upphandling.

I intervjuer framgår även att det saknats kännedom om att det inte är en samsyn inom vissa kommungemensamma processerna exempelvis inom personalområdet. I kommande avsnitt i rapporten redogörs för arbetsmarknads- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämndens samt infrastruktur- och servicenämndens beslut att hantering av personalärenden är verkställighet och inte ett delegationsbeslut, se avsnitt 6.3.3.2 och 6.3.5.2.

Det uppges vid intervju att utbildning kring delegation ingår i introduktionsprocessen vid nyanställning men det finns inte någon systematisering att ge återkommande utbildningar inom området.

I samband med att medarbetaren får tillgång till ärendehanteringssystemet får de även tillgång till mallen för delegationsbeslut. Vid intervju uppges att registratören har till uppgift att kvalitetssäkra att det är rätt delegat som har signerat beslutet i enlighet med delegationen. Vidare beskrivs att det är delegatens ansvar att skicka beslutet till registraturen för nämnden.

Det beskrivs vid intervju att det till nämndens sammanträde finns en förteckning över fattade delegationsbeslut. Innan förteckningen godkänns finns det möjlighet för ledamöterna att ställa frågor om de olika delegationsbesluten.

Vi har i granskningen tagit del av en rutin för att skriva och anmäla delegationsbeslut som gäller för kommunstyrelsen⁴. Enligt rutinen ska mallen för delegationsbeslut från ärendehanteringssystemet användas för delegationsbeslut. Av delegationsbeslutet ska tydligt anges när beslutet är fattat, vem som fattat det samt vilket beslut som fattats. Det ska även framgå vilken beslutspunkt i delegationsordningen beslutet baseras på med beslutspunktens lydelse återgiven. Beslutet ska även vara undertecknad av delegat. Delegatens ansvar att se till att beslutet anmäls till nämnden. Det framgår inte av rutinen att registratör ska kvalitetssäkra beslutet.

Därtill har vi i granskningen även tagit del av en checklista för ärenden till kommunstyrelsen. Av den framgår bland annat att registratur ska sammanställa förteckning över meddelanden och delegationer löpande.

6.3.1.4 Stickprovskontroll

För samtliga delegationsbeslut har mallen använts och behörig delegat har fattat besluten. Av besluten framgår inte vilken beslutspunkt som beslutet baseras på enligt delegationsordningen. Ett av besluten anmäldes vid tredje sammanträdet efter att beslutet fattats.

6.3.2 Bedömning

Vi bedömer att styrelsen **endast delvis** säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi baserar vår bedömning på att det inte råder en samsyn mellan kommunens olika nämnder för de inledande sidorna samt för de kommungemensamma processerna.

Vi bedömer att kommunstyrelsen har förutsättningar för att tillse att det finns en samsyn kring delegation, generellt och särskilt för beslut för de kommungemensamma processerna.

Av kommunallagen framgår att kommunstyrelsen har en ledande och samordnade roll för förvaltningen i kommunen samt ska utöva uppsikt över andra nämnder. Av kommentaren till kommunallagen framgår att detta innefattar rätt att lämna råd, anvisningar och förslag till åtgärder som styrelsen anser bör vidtas. Om detta inte följs, får styrelsen initiera ett ärende till kommunfullmäktige att ge nämnden direktiv. Det finns därav enligt vår

⁴ Daterad 2021-01-13, beslutad av förvaltningschef

bedömning ytterst en möjlighet för kommunstyrelsen att vända sig till kommunfullmäktige för att få ett mandat för att tillse en samsyn i dessa frågor om så behövs.

Därtill framgår det av reglementet att styrelsen ansvarar för att en ändamålsenlig organisation upprätthålls i kommunal verksamhet genom att planera, leda och samordna utformningen av strategiska mål, riktlinjer och ramar för styrningen av hela den kommunala koncernens verksamheten. Därutöver ska styrelsen planera, leda och samordna upp kommunens personalpolitik. Ur ett rättssäkerhets-, personal- och allmänhetens perspektiv är det stor betydelse att det finns en samordning och samsyn i detta.

Vi bedömer att det ska framgå ekonomiska ramar för beslutspunkter. Ett sådant exempel är omställnings- och avgångsersättning för personal.

Vi bedömer att det saknas beslutspunkt för att upphandla ramavtal över direktupphandlingsgränsen.

Därtill bedömer vi ska det fastställas beslutsattester i kommunstyrelsen med beloppsnivåer i enlighet med vad som anges i attestreglementet.

Vi bedömer att ytterligare beslutspunkter inom personalområdet som ska ingå i delegationsordningen är till exempel lönesättning, avstängning samt utfärdandet av varning för personal. Det är av vikt att det inom detta område finns en samsyn inom hela kommunen.

Därutöver bedömer vi att det ska förtydligas att det är beslutsfattande att avstå från att vidta en handling. Till exempel att inte svara på remisser till Regeringskansliet för olika utredningar innehåller ställningstaganden och överväganden.

Vi bedömer att det finns en risk med att direktupphandling under 100 000 kr anses vara verkställighet. Det innebär att det går genomföra inköp på så stora belopp som 95 000 kr utan styrning i delegationsordningen.

Vi bedömer delegationsordningen gällande inköp och upphandling behöver förtydligas. Av delegationsordningen framgår det inte några regleringar gällande avrop från befintliga avtal.

Vår bedömning är att styrelse **endast delvis** har säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätt har delegerats.

Vi bedömer att utformningen av delegationsordning utifrån från funktion i stället för ämnesområden utgör en risk gällande tydlighet. Detta då denna disposition gör det svårare att få en överblick över de olika delegerade besluten inom samma ämnesområde, vilket kan riskera rättssäkerheten samtidigt som läsbarheten av delegationsordningen försvåras för utomstående såsom medborgare.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av de styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kommungemensamma processerna. Det är

av vikt att kommunen har ett gemensamt förhållningssätt gällande så väsentliga delar som delegation och beslutsfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

Vi bedömer att ersättarfunktionen för ordinarie delegat ska förtydligas. För flertalet av funktionerna som har delegerad beslutanderätt saknas det även angiven ersättare. Vi förstår att skrivelsen i de inledande sidorna, att överordnad tjänsteperson har generell rätt att besluta i alla de ärenden som tillkommer underordnad delegat vid dennes frånvaro då gäller. Det kan dock finnas en risk för otydlighet genom denna skrivelse då exempelvis funktionen biträdande kommundirektören har funktionen samhällsbyggnadsdirektören som ersättare som vi har förstått det inte är överordnad för den biträdande kommundirektören.

Därtill bedömer vi att översyn av formuleringar i del olika beslutspunkterna bör genomföras. Det är flertalet beslutspunkter som innehåller överflödig information samt det kan vara flera beslut i en beslutspunkt.

Vi bedömer att styrelsen **endast delvis** har säkerställt att gällande delegationsordning efterlevs.

Vi bedömer att översyn av delegationsordningen bör systematiseras. Vi har vid vår granskning funnit att lagstiftning som ändrats ingår i delegationsordningen. Även om det uppges att översyn sker av delegationsordningen är det av vikt att det med regelbundenhet finns en kontroll av delegationsordningens riktighet till lagstiftning och organisationen.

Vi bedömer att det finns ett behov att systematisera utbildning kring delegation. Introduktion för nya medarbetare uppges ske, dock saknas det uppföljande utbildningar. Genom systematiserade utbildningar kring delegation minimeras även risken för att beslut på delegation inte dokumenteras och anmäls i laga ordning.

Vi bedömer att uppföljning av efterlevnaden av delegationsordningen bör ske. Det uppges att registrator kvalitetssäkrar att beslutet är fattat av rätt delegat. Vår stickprovskontroll har visat det inte framgår av delegationsbeslutet vilken beslutspunkts lydelse som beslutet är fattat enligt samt att det finns brist i anmälan till nämnden.

6.3.3 Arbetsmarknads- och gymnasienämnden och barn- och utbildningsnämnden

Vi redovisar dessa nämnder gemensamt då nämnderna har gemensam förvaltning som arbetar med nämndernas delegationsordningar.

Arbetsmarknads- och gymnasienämnden delegationsordning fastställdes 2025-09-16⁵. Den senaste revideringen var 2025-05-13 med giltighetstid tills vidare.

Barn- och utbildningsnämnden delegationsordning fastställdes 2025-09-17⁶, reviderades 2024-11-20 med giltighetstid tills vidare.

Det senaste reviderade datumen är tidigare än datum för fastställandet. Det uppges att senast reviderad är den tidigare versionen.

⁵ Arbetsmarknads- och gymnasienämnden 2025-09-16 § 80

⁶ Barn- och utbildningsnämnden 2025-09-17 § 88

6.3.3.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i kronologisk ordning:

- Lagtext för kommunallagens regler om delegation.
- Lagtext för kommunallagens regler om när beslutande inte får delegeras.
- Redogörelse för hälso- och sjukvårdslagstiftning om att medicinsk delegering inte är delegation enligt kommunallagen.
- Det framgår inte att vissa beslut enligt skollagen inte är delegation enligt kommunallagen⁷.
- Förvaltningsdirektören har möjlighet att vidaredelegera beslut och att denna beslutanderätt kan i sin tur inte vidaredelegeras.
- Delegaten kan överlåta beslutanderätten till nämnden i ett specifikt ärende av viktigare eller prejudicerande art även om ärendet är delegerat.
- Vid verkställighet finns det inte utrymme för några självständiga bedömningar ex.:
 - Utse beslutsattestanter
 - Åtgärder som följer av arbetsrättslagstiftning och gällande avtal, till exempel samverkansavtal samt personaladministration enligt lagstiftning, personalpolitiska riktlinjer och kommunens riktlinjer.
- Anmälan av delegationsbeslut ska ske till nämnden vid det första sammanträdet efter tidpunkten för beslutet.
- Anmälan av beslut fattade efter vidaredelegation sker tillbaka till arbetsmarknads- och utbildningsdirektören och anmäls till nämndens nästkommande sammanträde.
- Vid förfall hos delegat överförs beslutanderätten till ersättaren. Vid kortare eller vid jäv övertas beslutanderätten av delegatens närmaste chef. Vid dennes förfall och ärendet är brådskande är beslutar direktören i ärendet. Vid dennes förfall övergår beslutanderätten till biträdande direktör/annan utsedd ställföreträdare för direktören.
- Beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv enligt kommunallagen föreligger.
- Delegationsbeslut kan överklagas genom förvaltningsbesvär eller genom laglighetsprövning enligt kommunallagen.
- Delegationsbeslut kontrolleras en gång per år. Kontrollen innefattar delegationsordningens efterlevnad, beslut fattat av rätt delegat med rätt information samt att det anmälts till nämndens nästkommande sammanträde.

6.3.3.2 Beslutspunkter

Delegationsordningens beslutspunkter är indelade efter olika ämnesområden såsom allmänt, ekonomiärenden och respektive ansvarsområde inom skolan.

Den är strukturerad med följande rubriker: ärendetyp, delegat, lagrum och kommentar. Lagrum anges för merparten av beslutspunkterna.

Flertalet beslutspunkter är delegerade till fler olika delegater utan inbördes ordning/ansvar. Exempelvis för arbetsmarknads- och gymnasienämnden "Besluta att en person som saknar lärarlegitimation och behörighet ska användas för undervisning under längre tid än sex månader, dock högst ett år i sänder". I barn- och utbildningsnämndens delegationsordning

⁷ Finns särskild rutin för delegation enligt skollagen som anges finnas publicerad på intranätet.

har exempelvis beslutspunkten "Ansöka om statsbidrag" och beslutspunkten "Besluta om fördelning av statsbidrag" flertalet delegater utan angivet inbördes ordning/ansvar för de olika delegaterna.

Inom området ekonomiärenden har arbetsutskottet beslutanderätt gällande upphandling till ett värde överstigande 10 mkr. Någon övre beloppsnivå är inte angiven. Därtill har flertalet chefer delegation på direktupphandling från 100 000 kr upp till direktupphandlingsvärdet. Det saknas motsvarande delegation gällande avrop från befintliga avtal. Inköp under 100 000 kr är inte reglerade i delegationsordningen.

Nämnderna har fastställt tillämpningsansvar för attestreglementet. Av tillämpningsanvisningarna⁸ framgår att rätten att utse beslutattester är ett verkställighetsbeslut. I tillämpningsanvisningen sker hänvisning till attestförteckningen på intranätet. Tillämpningsanvisningarna innehåller inte några beloppsnivåer för inköp. Det uppges att de beloppsnivåer som finns framgår i delegationsordningens avsnitt 2. Ekonomi gällande upphandling.

Av delegationsordningen framgår inte någon beslutspunkt gällande anställning av medarbetare.

Det saknas även beslutspunkter inom fler delar av personalområdet exempelvis misskötsamhet. Av de inledande sidorna framgår att detta anses vara verkställighet. Vi har i granskning tagit del av rutin för personaladministration⁹ som är beslutad av förvaltningsdirektör. Av rutinen framgår olika beslut inom personalområdet exempelvis avsked, avstängning, uppsägning, disciplinpåföljd, förbud mot utövande av bisyssla, överenskommelse om omställningsersättning har namngivna funktioner rätt att underteckna. I intervju beskrivs att nämnderna har uppfattat att det finns ett kommungemensamt tillvägagångssätt gällande dessa ärenden.

6.3.3.3 Kompletterande rutiner / processer

Det beskrivs vid intervjuer att de inledande sidorna i nämndernas delegationsordningar utgår från kommunstyrelsens utformning och från kommunallagens bestämmelser. Resterande delar av delegationsordningarna uppges vara anpassade efter nämndernas behov.

Det beskrivs att det sker revideringar av delegationsordningen kontinuerligt, exempelvis vid förändringar av lagstiftningen och minst en gång per år. Vilket finns regleras i nämndplaneringen och/eller kansliets verksamhetsplan enligt underlag som vi har tagit del av i samband med granskningen.

I intervju beskrivs att det sker utbildningar kring delegation med jämna mellanrum som där registratorerna kan hjälpa till att utbilda. Det sker även individuella riktade utbildningsinsatser för olika målgrupper inom olika verksamhetsområden om delegation.

⁸ Daterade 2025-10-06 dnr 2025/271-2.4.0.2

⁹ Rutin för personaladministration 2024-03-27

Därutöver ges utbildning i samband med introduktionen för nyanställda. Vi har inte tagit del av underlag som bekräftar detta.

Enligt intervjuuppgift är det registratorerna som får en begäran av chef att skapa ärenden i diariesystemet för aktuellt ärende och ta fram mall för delegationsbeslut. Det är handläggaren som fyller i själva delegationsbeslutets innehåll som sedan skickar det till registratorerna som ombesörjer att beslutet e-signeras. Det beskrivs att registratorerna har i uppdrag att kontrollera att rätt befattningshavare har fattat beslutet.

I företeckningen över anmälda beslut till nämnden framgår vem som fattat beslutet och vilken typ av ärende det är. Vill ledamot i nämnden ta del av ett beslutet kan ledamoten ta del av beslutet.

I delegationsordningen framgår även "handläggningsrutin för delegationsärenden". Av rutinen framgår bland annat att mallen i ärendehanteringssystemet ska användas, motivera beslutet om det är myndighetsutövning, hänvisa till lagrum, kontroll av vem som är delegat samt att punkten i delegationsordningen ska anges.

6.3.3.4 *Stickprovskontroll*

Följande beslut har ingått i stickprovskontrollen

Arbetsmarknads- och gymnasienämnden:

Mallen använts för samtliga delegationsbeslut och det är behörig delegat för samtliga av besluten. Ett av besluten hänvisar till barn- och utbildningsnämndens delegationsordning vilket är korrekt då det är delgetts nämnden som ett delgivningsärende. Ett av besluten inrymmer två olika beslut. Samtliga beslut är anmälda till nämnden.

Barn- och utbildningsnämnden:

Mallen använts för samtliga delegationsbeslut med hänvisning till beslutspunkt i delegationsordningen och med rätt delegat. Två av besluten saknar fullständig datumangivelse.

6.3.4 **Bedömning**

Vi bedömer att arbetsmarknads- och gymnasienämnden och barn- och utbildningsnämnden **endast delvis** säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi bedömer att delar av det nämnderna beslutat vara verkställighet är ett beslutsfattande. Ett sådant exempel är personalområdet där arbetsrättsliga åtgärder ingår. Att besluta olika arbetsrättsliga åtgärder såsom avsked eller uppsägning innehåller flertalet självständiga bedömningar som är baserat på praxis och förarbeten. Att avskeda någon utan rättslig grund kan innebära stora kostnader för kommunen och lidande för den enskilde om beslutet är felaktigt. Beslutet kan även ytterst prövas av domstol. Detta utgör därmed inte verkställighet utan är ett beslutsfattande som ska regleras i delegationsordningen eller fattas av nämnden själv.

Vi bedömer att anställa medarbetare är ett beslutsfattande. Justitieombudsmannen har uttalat sig kring att ett landsting (region) hade, med undantag för vissa chefsbefattningar, behandlat anställningsbeslut som ren verkställighet.¹⁰ Justitieombudsmannens bedömning var att landstinget hade förskjutit gränsen mellan vad som i rättsligt hänseende är "beslut", respektive "ren verkställighet" på ett sätt som går längre än vad som i förarbetsuttalandena till kommunallag (1991:900)¹¹ förutsattes kunna ske. I propositionen till den äldre kommunallagen anges det att åtgärder som inte kan anses som beslut i lagens mening utan är av rent förberedande eller rent verkställande art omfattas inte av anmälnings-skyldigheten. Justitieombudsmannens slutsats var att kommunallagens bestämmelser om delegation och överklagande som regel är tillämpliga när det gäller beslut om anställningar. Justitieombudsmannen såg allvarligt på att landstinget i fråga om de flesta anställningsbeslut inte följer kommunallagens reglering beträffande delegationsbeslut.

Därtill bedömer vi att det inte är verkställighet att besluta om beslutattestanter. Enligt attestreglementet är det ett beslutsfattande.

Vi bedömer även att det ska framgå beloppsnivåer för attestanter.

Vi bedömer att det ska finnas en övre beloppsnivå för de beslut som arbetsutskottet kan fatta. Med en övre beloppsnivå anges då beslutet ska tas av nämnden.

Vi bedömer att av delegationsordningen ska det framgå beslutspunkter gällande avrop från befintliga avtal med angivna beloppsnivåer. Därtill bedömer vi att direktupphandlingar under 100 000 kr ska regleras.

Vår bedömning är att arbetsmarknads- och gymnasienämnden och barn- och utbildningsnämnden **i allt väsentligt** har säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätt har delegerats.

Vi bedömer att det framgår vad delegationsbeslutet avser och vem som har fått beslutanderätten.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kammargemensamma processerna. Det är av vikt att kommunen är en kommun gällande så väsentliga delar som delegerat beslutsfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

¹⁰ Fråga om ett landstings handläggning av beslut om anställningar. Landstinget hade, med undantag för vissa chefsbefattningar, behandlat anställningsbeslut som ren verkställighet, vilket medfört att landstinget i fråga om ett stort antal anställningsbeslut inte följt kommunallagens (1991:900) reglering beträffande delegationsbeslut. Justitieombudsmannen 2009-10-19. Diarienummer: 448-2008.

¹¹ Regeringens proposition 1990/91:117. 1991-03-07.

Vi bedömer att det ska framgå av delegationsordningen att skollagsbeslut, likväl som det framgår att delegation enligt hälsosjukvårdslagen, inte är delegation enligt kommunallagen och därav inte ingår i delegationsordningen.

Vi bedömer att om det finns flera delegater i beslutspunkterna ska det framgå hur delegationen gäller för de olika delegaterna.

Vi bedömer att arbetsmarknads- och gymnasienämnden och barn- och utbildningsnämnden **endast delvis** har säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi bedömer att det finns ett behov att systematisera utbildning kring delegation. Introduktion för nya medarbetare uppges ske samt riktade insatser. Genom systematiserade utbildningar kring delegation minimeras även risken för att beslut på delegation inte dokumenteras och anmäls i laga ordning.

Vi bedömer att uppföljning av efterlevnaden av delegationsordningen bör ske. Det uppges att registrator kvalitetssäkrar att beslutet är fattat av rätt delegat. Vår stickprovskontroll för arbetsmarknads- och gymnasienämnden har inte visat på några brister. Vår stickprovskontroll för barn- och utbildningsnämnden har visat att två av besluten saknar datumangivelse.

6.3.5 Infrastruktur - och servicenämnden

Infrastruktur- och servicenämndens delegationsordning fastställdes 2024-10-31¹². Det framgår att den senast reviderades 2023-12-21 med giltighetstid tillsvidare.

Det senaste reviderade datumen är tidigare än datum för fastställandet.

6.3.5.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i kronologisk ordning:

- Reglerna om delegering återfinns i kommunallagen.
- Av delegationsordningen framgår vilken beslutanderätt som delegeras och till vem beslutanderätten överläts.
- Beslut som fattas med stöd av delegation samt skrivelser, avtal och andra handlingar som upprättas ska undertecknas av den som fattat beslutet.
- Överordnad tjänsteperson har generell rätt att besluta i alla de ärenden som tillkommer underordnad delegat vid dennes frånvaro.
- Delegerad beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Nämnden kan föregripa en delegats beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över ärendet och besluta. Detta kan till exempel gälla ett ärende som nämnden bedömer som så principiellt viktigt att den själv bör besluta.

¹² Infrastruktur- och servicenämnden 2024-10-31 § 120

- Infrastruktur- och servicedirektör har rätt att vidaredelegera sin beslutanderätt till annan anställd inom sin förvaltning, utom i de fall där det särskilt står i delegationsordningen att vidaredelegering inte får ske.
- Beslut fattade på delegation av infrastruktur- och servicenämnden ska anmälas till nämnden på nästföljande sammanträde.
- En sammanställning görs av samtliga delegationsbeslut som framgår i protokollet. Infrastruktur- och serviceförvaltningen har särskild rutin för handläggning av delegationer.
- Beslut av verkställighetskaraktär och åtgärder som normalt finns inom tjänstepersonens område/ansvar/befattning:
 - Interna beslut och ställningstaganden som rör den inre verksamheten, till exempel de flesta personaladministrativa besluten och beslut gällande den löpande driften, räknas till verkställighet.
 - Sådana beslut kan framgå av projektdirektiv (enligt projektmodellen), uppdragsbeskrivningar, rutiner, och andra styrande dokument eller liknande inom verksamheten.
 - Direktupphandlingar understigande 100 000 kr betraktas som verkställighet.
- Principiella beslut kan inte delegeras, delegerad beslutanderätt inte får utövas i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I dessa ärenden beslutar infrastruktur- och servicenämnden.
- Delegerad beslutanderätt får endast nyttjas inom ramen för budgeterade medel och i enlighet med gällande lagar, avtal, mål och riktlinjer, anvisningar etc.
- Brådskande beslut att infrastruktur- och servicenämndens avgörande inte kan inväntas, beslutar ordföranden, med vice ordförande som ersättare.
- Det framgår inte av de inledande sidorna att delegationsbeslut kan överklagas.

6.3.5.2 Beslutspunkter

Beslutspunkterna är strukturerade utifrån den delegation som tilldelats olika funktioner, i likhet med kommunstyrelsens dispositionsmodell. Detta innebär att varje beslutspunkt hänförs till den funktion som erhållit delegation, såsom ordförande, direktör, avdelningschef, sektionschef eller motsvarande.

Funktionen utskott har delegation på igångsättningstillstånd inom ramen för beviljade investeringsmedel överstigande 10 000 000 kronor samt att omfördela investeringsbudget mellan projekt inom tilldelad totalram i samband med igångsättning överstigande 500 000 kr. Någon övre beloppsnivå saknas för dessa beslut.

Funktionen direktören har delegation på att utse beslutsattestanter med angivande av eventuella beloppsbegränsningar samt ersättare. Av attestförteckningen framgår olika funktioners beloppsnivåer för attest, exempelvis får enhetschef fastighet eller motsvarande attestera upp till 100 000 kr.

Av beslutspunkterna framgår det inte någon delegation för driftsbudget utan endast investeringsbudget. I intervju beskrivs att driftsbudgeten anses vara verkställighet och befogenhetsram ges i attestförteckningen.

Vi noterar att beslutspunkten direktupphandlingar, tilldelning av kontrakt och beslut om avrop från inköpscentral inte anger något belopp för avrop. I övrigt saknas det beslutspunkter gällande avrop från ramavtal.

I intervju beskrivs att när direktören är bortrest utser hon en ersättare vid kortare frånvaro. Det framgår inte av delegationsordningen att det kan utses ersättare och dess befogenhet för ersättaren.

Inom personalområdet saknas det beslutspunkter då det bedöms vara verkställighet. Det finns en rutin¹³ som är beslutad av direktören där det framgår vem bland annat som är behörig att anställa, omplacera, stänga av medarbetare, säga upp av olika skäl och avskeda.

6.3.5.3 Kompletterande rutiner / processer

Det beskrivs vid intervju att delegationsordningen revideras vid behov, till exempel vid omorganisering.

Det beskrivs att när det är påkallat sker revidering av delegationsordningen exempelvis vid omorganisation. För de inledande texterna har de utgått från kommunstyrelsens texter. Vid intervju beskrivs att dispositionen utefter funktioner fungerar bra då de inte har så många beslutspunkter i delegationsordningen.

I intervjuer beskrivs att i samband med introduktionen ges utbildning kring delegationsbeslut samt registraturen ger även stöd kring delegationsbeslut.

Det beskrivs att registraturen kontrollerar att behörig delegat har signerat beslutet och mallen för delegationsbeslut används alltid. Vidare beskrivs att registraturen registrerar i ärendehanteringssystemet delegationsbesluten som ska anmälas till nämnden. Det uppges vid intervju att ledamöter kan efterfråga information om ett beslut under sammanträdet.

Av intervju framgår att när beslutet är skickat för e-signering ska det skickas vidare till ärendehanteringssystemet. Om det inte sker försvinner beslutet efter 90 dagar. Vilket innebär att den person som har delegationsrätt måste veta att e-signeringen inte är något arkiv för delegationer utan beslutet måste skickas vidare för att bli diariefört.

Det finns en handläggningsrutin för delegationsärenden¹⁴. Av rutinen framgår att om ett ärende inte anmäls till nämnden kan det överklagas i all framtid. Vidare beskrivs att mallen i ärendehanteringssystemet ska användas och beslutet ska signeras digitalt. Registraturen registrerar delegationsbeslutet i ärendet och anmäler det till nämnden via förteckning.

¹³ Fastställd av förvaltningsdirektör 24-01-09

¹⁴ Handläggningsrutin

6.3.5.4 *Stickprovskontroll*

Följande beslut har ingått i stickprovskontrollen:

Mallen för delegationsbeslut har använts, rätt delegat har fattat besluten, angiven beslutspunkt från delegationsordningen framgår och besluten är e-signerade med beslutsdatum angivet.

6.3.6 *Bedömning*

Vi bedömer att infrastruktur- och servicenämnden **endast delvis** har säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi baserar vår bedömning gällande definitionen av verkställighet i delegationsordningen. Att besluta om olika arbetsrättsliga åtgärder såsom ett avsked eller uppsägning innehåller självständiga bedömningar, som vi tidigare har beskrivit i avsnitt 6.3.4. Även att anställa bedömer vi är ett beslutsfattande, som vi tidigare har beskrivit i avsnitt 6.3.4.

Vi bedömer att det ska finnas en övre beloppsnivå för de beslut som arbetsutskottet kan fatta. Med en övre beloppsnivå anges då beslutet ska tas av nämnden.

Vi bedömer att det ska finnas beslutspunkter för delegation med beloppsnivåer som omfattar både drift- och investeringsmedel.

Vi bedömer att det av delegationsordningen ska framgå beslutspunkter gällande avrop från befintliga avtal med angivna beloppsnivåer. Därtill bedömer vi att inköp under 100 000 kr ska regleras.

Vi bedömer det ska finnas delegation gällande att utse ersättare vid kortare frånvaro för förvaltningsdirektören samt ersättarens befogenhet.

Vi bedömer det ska framgå av delegationsordningen att delegationsbeslut kan överklagas. Genom att det framgår att beslutet kan överklagas visar det på betydelsen att beslutet upprättas och att det anmälas till nämnden.

Vår bedömning är infrastruktur- och servicenämnden **endast delvis** har säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätten har delegerats.

Vi bedömer att utformningen av delegationsordning utifrån från funktion i stället för ämnesområden utgör en risk gällande tydlighet. Detta då denna disposition gör det svårare att få en överblick över de olika delegerade besluten inom samma ämnesområden vilket kan riskera rättssäkerheten samtidigt som läsbarheten av delegationsordningen försvåras för utomstående såsom medborgare.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kommundemensamma processerna. Det är av vikt att kommunen är en kommun gällande så väsentliga delar som delegerat beslutsfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

Vi bedömer att det framgår tydligt vem som är delegat av delegationsordningen.

Vi bedömer att infrastruktur- och servicenämnden **endast delvis** säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi bedömer att översyn av delegationsordningarna bör systematiseras. Även om det uppges att översyn sker av delegationsordningen är det av vikt att det med regelbundenhet finns en kontroll av delegationsordningens riktighet till lagstiftning och organisationen.

Vi bedömer att det finns ett behov att systematisera utbildning kring delegation. Introduktion för nya medarbetare uppges ske. Genom systematiserade utbildningar kring delegation minimeras även risken för att beslut på delegation inte dokumenteras och anmäls i laga ordning.

Vi bedömer att uppföljning av efterlevnaden av delegationsordningen bör ske. Det uppges att registrator kvalitetssäkrar att beslutet är fattat av rätt delegat. Vår stickprovskontroll visar även en fungerande hantering av delegationsbeslut.

6.3.7 Kultur- och fritidsnämnden

Kultur- och fritidsnämndens delegationsordning fastställdes 2024-10-25¹⁵. Det framgår att den senast reviderades 2023-05-21 med giltighetstid tillsvidare.

Datomet senast reviderat är innan datumet för fastställande.

6.3.7.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i kronologisk ordning:

- Regler om delegering av nämndärenden finns i kommunallagen.
- Framgår vilken beslutanderätt som delegeras och till vem beslutanderätten överläts.
- Gäller endast verklig beslutanderätt i kommunallagens mening till skillnad från så kallad verkställighet. Kännetecknande för ett beslut är bland annat att det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattarna måste göra vissa överväganden och bedömningar.
- Beslutet kan överklagas, antingen genom förvaltningsbesvär eller bli föremål för laglighetsprövning genom kommunalbesvär.

¹⁵ Kultur- och fritidsnämnden 2024-10-25 § 126

- Förvaltningschef som fått delegation kan vidaredelegera sin beslutanderätt till en annan anställd i kommunen.
- Principiella beslut kan inte delegeras, vilket innebär att delegerad beslutanderätt inte får utövas i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I dessa ärenden beslutar kultur- och fritidsnämnden.
- Delegerad beslutanderätt får endast nyttjas inom ramen för budgeterade medel och i enlighet med gällande lagar, avtal, mål och riktlinjer, anvisningar med mera.
- Anställningsbeslut som är kortare än 12 månader betraktas som verkställighet. Beslut om öppettider gällande den löpande verksamheten betraktas som verkställighet. Inköp/upphandling av varor och tjänster/tecknande av avtal under 100 000 kr betraktas som verkställighet.
- Delegat har rätt att i vissa ärenden avstå från att fatta beslut och i stället hänskjuta ärendet till närmast överordnad tjänsteman, utskott eller kultur- och fritidsnämnden.
- Delegerad beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Överordnad tjänsteman har generell rätt att besluta i alla ärenden som tillkommer underordnad delegat.
- Brådskande ärenden kan fattas av ordföranden med vice ordförande som ersättare.
- Delegationsbesluten ska anmälas till nästkommande sammanträde för nämnden.

6.3.7.2 Beslutspunkter

Beslutspunkterna är, liksom kommunstyrelsen och infrastruktur- och servicenämnden, uppdelade i funktioner i stället för ämnesområden.

Funktionen utskottet har delegation på om att upphandla varor och tjänster, som omfattas av inköspolicy, samt försäljning av konferenser och konserter inom nämndens verksamhetsområde i de fall summan (anbudssumman eller dylikt) för varje enskilt avslut överstiger 1 500 000 kr. Någon övre beloppsgräns saknas.

Funktionen direktör har delegation att tilldela attesträtt till ekonomi- och personalsystemet inom förvaltningen.

Flertalet funktioner har rätt att teckna avtal/upphandla varor och tjänster inom nämndens verksamhetsområde som omfattas av kommunens inköspolicy enligt angivet belopp.

Det framgår inte av delegationsordningen avrop från befintliga avtal med angivna beloppsnivåer.

Flertalet funktioner har delegation på bidrag till föreningar/organisationer med olika beloppsnivåer.

Inom personalområdet finns det olika beslutspunkter exempelvis avsked, uppsägning, varning, förbjuda bisysslor samt anställning av personal. Det framgår inte någon

besluts punkt gällande avstängning, avgångsersättning och omställningsersättning samt lönesättning av personal.

6.3.7.3 Kompletterande rutiner / processer

Intervjuer beskrivs att delegationsordningen revideras vid behov exempelvis i samband med förändringar i organisationen.

Av intervjuer framgår att det kan finnas ett mörkertal gällande anmälan av delegationsbeslut till nämnden då antalet anmälda beslut har minskat. Vidare beskrivs att det är en fråga som det arbetas med så att beslut anmäls till nämnden. När det gäller delegationsbeslut för föreningsbidrag anmäls de till nämnden en gång i kvartalet, som ett beslut, vilket det inte framgår av delegationsordningen.

Det uppges vid intervju att registraturfunktionen ska genomföra en utbildning för personer när de blir tilldelade rätten att fatta beslut på/med/genom delegation. I intervju beskrivs att de hade en personalaktivitet i förvaltningen där de fick leta efter vem som var delegat för olika beslut i delegationsordningen. Det beskrivs att det blev mycket bläddrande i delegationsordningen då den är uppdelad efter funktioner och inte ämnesområden.

Vid intervju beskrivs att registratur är behjälplig med att använda mallen för delegationsbeslut samt kvalitetssäkrar beslutet att det är rätt delegat som fattat beslutet. Vi har inte tagit del av uppgifter att det sker någon samlad dokumenterad uppföljning av delegationsbeslut.

Därefter anmäls beslutet till nämnden, näst kommande sammanträde. I nämnden kan det efterfrågas att få information om olika delegationsbeslut.

6.3.7.4 Stickprovskontroll

Mallen för delegationsbeslut har använts. Ett av besluten har innehållit flertalet beslut under en tidsperiod. Ett av besluten saknar hänvisning till besluts punkt i delegationsordningen.

6.3.8 Bedömning

Vi bedömer att kultur- och fritidsnämnden **endast delvis** har säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi bedömer att det ska förtydligas i delegationsordningen vad ett beslutfattande är och vad som utgörs vara verkställighet. Beskrivningen gällande verkställighet anges bland annat att vara inköp/upphandling av varor och tjänster/tecknande av avtal under 100 000 kr. Det angivna exemplet innehåller flertalet handlingsalternativ som har rättskraft mot annan part.

Vi bedömer att det för funktionen utskottet ska framgå ett beloppstak för deras delegation.

Vi bedömer att avrop från ramavtal med angivna beloppsgränser ska framgå av delegationsordningen.

Vi bedömer det finns fler delegationer inom personalområdet än de som är angivna. Några av dem är avstängning, avgångsersättning och omställningsersättning samt lönesättning av personal.

Vår bedömning är att kultur- och fritidsnämnden **endast delvis** har säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätten har delegerats.

Vi bedömer att utformningen av delegationsordning utifrån från funktion i stället för ämnesområden utgör en risk gällande tydlighet. Detta då denna disposition gör det svårare att få en överblick över de olika delegerade besluten inom samma ämnesområden vilket kan riskera rättssäkerheten samtidigt som läsbarheten av delegationsordningen försvåras för utomstående såsom medborgare.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kungörelse gemensamma processerna. Det är av vikt att kommunen är en kommun gällande så väsentliga delar som delegerat beslutfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

Vi bedömer att delegationsbesluten är tydligt utformade.

Vi bedömer att kultur- och fritidsnämnden **endast delvis** har säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi bedömer att den disposition som finns för nämndens delegationsordning utefter funktioner innebär att det är svårt att få en överblick av beslutspunkter inom samma område, exempelvis för samma beslut finns det på flera ställen då olika delegater har olika beslutsmandat för olika beloppsnivåer.

Vi bedömer att utbildning sker kring delegationsbeslut samt att registrator säkerställer att behörig delegat har fattat beslutet. Då det är intervjuuppgifter har det påverkat vår bedömning.

Vår stickprovskontroll har visat att ett delegationsbeslut innehåller flertalet beslut vilket inte är i enlighet med delegationsordningen. Varje delegationsbeslut är ett eget beslut och ska anmälas enskilt. Ett av besluten har även saknat hänvisning till beslutspunkt i delegationsordningen.

6.3.9 Miljö- och byggnadsnämnden

Miljö- och byggnadsnämndens delegationsordning fastställdes 2025-11-19¹⁶. Det framgår att den senast reviderades 2025-11-19 och är giltig från och med 2025-11-19. Samtliga datum är likalydande för fastställd, senast reviderad och giltig från och med.

6.3.9.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i kronologisk ordning:

- Delegering av nämndens beslutanderätt är för att avlasta nämnden med mindre viktiga ärenden för att möjliggöra en effektivare kommunal förvaltning med snabbare beslutsvägar och kortare handläggningstider.
- Beslut som fattas med stöd av delegation ska anmälas till nämnden.
- Delegationsrätten omfattar inte ärenden som är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt. Sådana ärenden ska av delegaten hänskjutas till nämnden för avgörande.
- En delegats beslutanderätt är begränsad till det egna verksamhetsområdet, delegation kan aldrig omfatta något utanför bygg- och miljönämndens verksamhet.
- Delegering får inte ske av beslutsrätten i följande slag av ärenden;
 - ärenden som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet,
 - framställningar eller yttranden till kommunfullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut i nämnden i dess helhet eller av kommunfullmäktige har överklagats,

¹⁶ Miljö- och byggnadsnämnden 2025-11-19 § 156

- ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller av annars större vikt samt
 - ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.
- Överordnad tjänsteperson har generell rätt att besluta i alla de ärenden som tillkommer underordnad delegat vid dennes frånvaro, vilket innebär att beslut kan fattas vid den ordinarie befattningshavarens frånvaro.
- Delegerad beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Delegationsbeslut ska anmälas till nästföljande tillgängliga/möjliga sammanträde.
- En sammanställning av samtliga delegationsbeslut ska framgå av protokollet.
- Beslut fattade av ordföranden som ett brådskande beslut ska anmälas till nästkommande sammanträde. Beslutsrätt som är delegerad till ordförande är också vid förfall för ordförande i nämnden delegerad till nämndens förste vice ordförande.
- Vid förfall för ordinarie delegat, och då beslut inte utan olägenhet kan uppskjutas, har överordnad tjänsteperson, förordnad vikarie, eller annan tjänsteperson inom verksamhetsområdet med samma funktion rätt att fatta beslut i stället för ordinarie tjänsteperson. Den överordnade tjänstepersonen bestämmer i ett sådant fall vem av dessa som ska fatta beslut.
- Det framgår inte att delegationsbeslut kan överklagas.
- Någon beskrivning av skillnaden av beslut och verkställighet framgår inte.
- Av delegationsordningen framgår inte att beslut ska anmälas på annat sätt än vid nästkommande sammanträde.

6.3.9.2 Beslutspunkter

Beslutspunkterna i denna delegationsordning är strukturerade utifrån respektive lagrum och omfattar bland annat administrativa och allmänna ärenden. Beslutspunkterna är indelade under rubrikerna paragraf, beslutsrätt och beslutsfattare.

I nämndens delegationsordning anges allmänna ärenden till exempel avse representation vid kurser och konferenser samt att avslå begäran om allmän handling. Andra exempel är mer administrativa ärenden som att anställda, sätta lön, besluta om tjänstledighet och tilldelningsbeslut under 1 mnkr.

Delegationsordningen har flertalet beslutspunkter som har delegerats till två eller flera funktioner utan angivande av inbördes prioritet. Exempelvis har sektionschef, stadsarkitekt, bygglovshandläggare och byggnadsinspektör beslutanderätt i ärenden som avser ny- eller tillbyggnad av komplementbyggnad. Det beskrivs vid intervju att även om flera funktioner har samma delegation är det inte någon risk då varje funktion har sitt ansvarsområde.

I delegationsordningen framgår inte någon beslutspunkt gällande avgångsersättning eller omställningsersättning. I intervju beskrivs att denna fråga hanteras inom kommunstyrelsens delegationsordning.

Av beslutspunkterna framgår att avdelningschef har delegation på att köpa eller beställa vara eller tjänst enligt inköspolicy och inom ramen för budgeten. Några beloppsnivåer är inte angivna.

6.3.9.3 Kompletterande rutiner / processer

Det beskrivs vid intervju att det sker ständiga förändringar i lagstiftningen inom nämndens område, vilket medför att revideringar i delegationsordningen kan behöva genomföras.

Av intervju framgår att det sker en introduktion av delegation och delegationsbeslut vid nyanställning.

Det har i intervjuer lämnats olika uppgifter gällande administratörernas funktion att kontrollera att behörig delegat har undertecknat delegationsbeslutet. Det uppges även att det finns en lathund som används för det praktiska arbetet med delegationslistan. Vi har inte tagit den lathunden men det beskrivs vid intervju att den används vid kvalitetssäkring av delegationslistan. Vidare framgår att kvalitetssäkringen ska säkerställa att rätt roll/funktion med personens namn är angivet i underlaget och att detta är ett vedertaget arbetssätt.

Det anges vid intervju att det skickas en Excel-lista över fattade delegationsbeslut i kallelsen till nämnden. Av listan för delegationsbeslut framgår diarienummer, rubrik för ärendet, fastighetsbeteckning, ägarens namn, händelsedatum, handläggarens namn samt en ärendemening. Av listorna framgår det om ärendet är ett L-ärende (byggärende), M-ärende (miljöärende) eller ett A-ärende (allmänt ärende).

Vi har tagit del av skilda uppgifter kring anmälan av allmänna ärenden till nämnden. Vid en del intervjuer uppges det att det enbart är L-ärenden och M-ärenden som delges nämnden. Det framförs att delegationsbeslut som är allmänna ärenden enligt delegationsordningen inte anmäls till nämnden då de är få och i princip aldrig hanteras som delegationsärenden. I andra intervjuer uppges det att allmänna ärenden alltid anmäls till nämnden.

Vi har begärt listor för fattade delegationsbeslut för perioden 2023-12-03 till och med 2025-11-02. Vi noterar att totalt 13 allmänna ärenden finns angivna i de delegationslistor vi tagit del av.

Vid genomgång av nämndens samtliga protokoll för åren 2023 till och med 2025 noterar vi att det inte framgår av protokollen vilka delegationsbeslut som är anmälda till nämnden. Av protokollen framgår att det genomförts en redovisning av delegationsbeslut samt att nämnden godkänner redovisningen av anmälda delegationsbeslut. I beskrivning av ärendet framgår att beslut fattade på delegation ska till nämnden vid näst kommande sammanträde. Av protokollen framgår det även att "delegationslista" och "bostadsanpassning" är beslut som redovisas enligt gällande delegationsordning.

Det uppges vid intervju att det sker "djupdykningar" i olika delegationsbeslut under nämndens sammanträden. Det beskrivs att nämnden får mer ingående redogörelser av cirka tio olika beslut från delegationslistan vid sammanträdet.

6.3.9.4 Stickprovskontroll

Mallen för delegationsbeslut har använts. För ett av besluten framgår det inte tydligt vilket beslut som har fattats och för ett annat beslut saknas hänvisning till beslutspunkt från delegationsordningen.

Av protokollsutdrag¹⁷ från nämndsammanträden framgår: Redovisning av delegationsbeslut samt att nämnden godkänner redovisningen av anmälda delegationsbeslut. I beskrivning av ärendet framgår att "beslut fattade på delegation ska anmälas näst kommande sammanträde". Följande beslut redovisas enligt gällande delegationsordning: "Delegationslista och Bostadsanpassning."

Protokollsutdragen visar att någon anmälan av delegationsbeslut för allmänna ärenden till nämnden har inte skett vid dessa datum.

6.3.10 Bedömning

Vi bedömer att miljö- och byggnadsnämnden **endast delvis** har säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi baserar vår bedömning på att det saknas en beskrivning på vad som är verkställighet och beslutsfattande samt det inte framgår av delegationsordningen att besluten kan överklagas.

Vi bedömer att samtliga delegationsbeslut ska anmälas till nämnden. Av delegationsordningen framgår att samtliga beslut ska anmälas vid näst kommande sammanträde.

Vi konstaterar att det saknas beslutspunkter inom personalområdet gällande avgångsersättning och omställningsersättning för personal.

Vi bedömer att det ska framgå beloppsnivåer för inköp och avrop från ramavtal.

Vi bedömer att det ska framgå av delegationsordningen att delegationsbeslut kan överklagas. Genom att det framgår att beslutet kan överklagas visar det på betydelsen att beslutet upprättas och att det anmälas till nämnden.

¹⁷ Protokollsutdrag MBN: 2025-02-26 § 25, 2025-05.07 § 65, 2025-05-21 § 73 samt 2025-11-22 § 147.

Vår bedömning är att bygg- och miljönämnden i **allt väsentligt** har säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätten har delegerats.

Vi bedömer att det att det finns flertalet beslutspunkter med flera beslutsfunktioner utan inbördes ordning. Det är av vikt att det anges en ordning när det är flera beslutsfunktioner för samma delegationsbeslut.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kommungemensamma processerna.

Det är av vikt att kommunen är en kommun gällande så väsentliga delar som delegerat beslutsfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

Vi bedömer att miljö- och byggnaden **inte** har säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi bedömer att alla beslut enligt delegationsordningen ska anmälas till nämnden vid näst kommande sammanträde. Vi kan konstatera att det inte framgår av nämndens protokoll vilka delegationsbeslut som har anmälts till nämnden. Vi bedömer att detta ska framgå av protokollet. Vi bedömer att en avsaknad av denna information försvårar allmänhetens insyn i nämndens verksamhet.

Vi baserar vår bedömning på att en del intervjuuppgifter indikerar på att allmänna ärenden inte har hanterats i enlighet med vad delegationsordningen anger kring vad som ska anmälas till nämnden vid näst kommande sammanträde. Vår bedömning baseras vidare på att även antalet allmänna ärenden som anmälts till nämnden under åren 2024 och 2025 indikerar på att hanteringen av allmänna ärenden inte har skett i enlighet med vad som anges i delegationsordningen.

Vi bedömer även att det är vikt att det genomförs systematiserad utbildning kring delegationsbeslut. Vi har inte tagit del uppgifter annat än vid intervju som visar på hur detta sker.

Vi bedömer att det är av vikt att det sker en kvalitetssäkring att behörig delegat fattat delegationsbeslutet. Vi har tagit del av intervjuuppgifter som anger att det sker kvalitetssäkring av att rätt delegat har fattat beslutet. Vi har inte tagit skriftligt underlag som bekräftar detta.

6.3.11 Socialnämnden

Socialnämndens delegationsordning reviderades senast 2025-06-19¹⁸. Det framgår att delegationsordningen fastställdes 2023-03-30 och är giltig till 2027-03-30. Av denna beskrivning framgår att den senaste revideringen är den gällande versionen.

6.3.11.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i dess kronologiska ordning.

- Nämnden kan bara delegera beslut som faller inom sitt verksamhetsområde enligt lag och reglemente. Den som får beslutanderätten kallas delegat.
- Delegat kan överlämna ett ärende till överordnad chef eller till nämnden för avgörande om det finns anledning att nämnden prövar frågan
- Delegat som anges i delegationsordningen är lägsta beslutsnivå.
- Möjlighet till delegering av ärenden följer av bestämmelser i kommunallagen.
- Delegering som följer av särskild yrkeskompetens enligt hälso- och sjukvårdslagen ska inte anmälas till socialnämnden.
- Delegering i följande ärenden får inte ske av nämnden:
 - ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
 - framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
 - ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
 - ärenden som väckts genom medborgarförslag (Luleåförslaget) och som lämnats över till nämnden samt
 - ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.
- Kommunallagen skiljer mellan beslut som måste delegeras och beslut som innebär ren verkställighet. Gränsdragningen mellan delegering och ren verkställighet är inte helt klar.
- Delegering innebär överlåtande av beslutanderätt, vilket betyder att delegaten – den som fått rätten att fatta ett visst beslut – inträder i nämndens ställe.
- Delegering innebär överlåtande av beslutanderätt. Kännetecknande för denna typ av beslut är, att de regleras i lag, att det finns alternativa lösningar och att beslutsfattaren måste göra vissa överväganden och bedömningar. Beslutet ska kunna överklagas antingen genom laglighetsprövning eller förvaltningsbesvär.
- Beslut av verkställighetskaraktär innebär åtgärder som normalt finns inom tjänstepersonens område. Beslut av rutinmässig karaktär som fattas av tjänsteperson i kraft av sin tjänsteställning. Oftast reglerade i lag, avtal, riktlinjer, beslut eller styrdokument. Verkställighetsärenden behöver inte anmälas till nämnden.
- Chef som anställs har omgående beslutanderätt enligt delegationsordningen. Övrig personal erhåller beslutanderätt efter individuell bedömning av överordnad chef

¹⁸ Socialnämnden 2025-06-19 § 122

- För anställd anges i delegationsordningen till vilken kategori av befattningshavarens delegation lämnats.
- Enhetschefer inom barn-, unga och familj ersätter varandra. Övriga enhetschefer inom myndighet ersätter varandra.
- Delegerad beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Socialdirektören får vidaredelegera sin beslutanderätt om det framgår av delegationsordningen.
- Anmälan av delegationsbeslut ska göras till nämndens nästa sammanträde avseende:
 - Delegationsbeslut som registreras som beslut i verksamhetssystem. Redovisas via lista från verksamhetssystemet.
 - Om beslutet inte går att koda in som ett beslut i verksamhetssystemet ska beslutsfattaren överväga om/eller hur anmälan av delegationsbeslutet ska ske till nämnden.
 - Delegationsbeslut som registreras i diariet.
- Ärenden som inte behöver anmälas till nämnd framgår i kolumnen anmärkning i delegationsordningen.

6.3.11.2 Beslutspunkter

I likhet med miljö- och byggnadsnämnden har även socialnämnden strukturerat sina beslutspunkter utifrån tillämpliga lagrum.

Delegationsordningen omfattar därutöver övriga administrativa beslut, inköp och upphandling, organisatoriska frågor, behandling av personuppgifter och informationssäkerhet samt beslut om ersättningar, vilka samlas under en gemensam rubrik benämnd "Övrigt".

Delegationsordningens beslutspunkter är rubricerade enligt följande kategorier: ärende, lagrum, delegat och anmärkning.

Nämnden har ett särskilt avsnitt avseende personaldelegation, vilken bland annat omfattar anställning, misskötsamhet, avstängning, samverkan, strejkfrågor och arbetsmiljö. Dessa beslut ska inte anmälas till nämnden. Det framgår exempelvis inte var avstängning och varning ska dokumenteras.

Delegation för enskild överenskommelse utanför AB:s regler saknas det angivna beloppsnivåer.

Det kan noteras att vissa beslutspunkter är försedda med anmärkningen "Anmäls inte till SN", exempelvis punkt 18.11 avseende "Ansökan om tidsbegränsat uppehållstillstånd för betänketid".

Vidare framgår att vissa delegationsbeslut tilldelats flera funktioner som delegat. Exempelvis kan socialsekreterare, biståndshandläggare, LSS-handläggare och specialistsocionom samtliga vara delegat för yttranden till Skatteverket med anledning av ansökan om skyddad identitet utan rangordning mellan dem. Av uppgift framgår att de har många olika roller som har samma beslutanderätt och har samma befogenhetsram.

Upphandling finns reglerat i delegationsordningen. Direktupphandling under 100 000 kr är även ett delegerat beslutsfattande. Upphandling över 1000 000 kr är arbetsutskottet delegat. Det saknas övre beloppsgräns för denna delegation.

Av delegationsordningen framgår det inte någon delegation gällande att inleda upphandling för ramavtal samt avrop från ramavtal med angivna beloppsnivåer.

6.3.11.3 Kompletterande rutiner / processer

I intervju beskrivs att det sker en översyn av delegationsordningen två gånger per år.

Det ges uttryck för att det vore lämpligt om det fanns en samsyn kring utformningen av delegationsordningarna i kommunen.

Registratorn har enligt intervju i uppgift att kvalitetssäkra delegationsbesluten så att det är rätt delegat som har fattat beslutet. Någon strukturerad introduktion/utbildning i delegation saknas utan det är varje chefs ansvar att de som har delegation ska få introduktion i ämnet. Det uppges att det är påbörjat en planering för att delegationsordningen ska vara en del av introduktionen för nya chefer. Information till övriga medarbetare saknas.

Det uppges vid intervju att mallen för delegationsbeslut används vid beslut fattade av utskott och för avtal och överenskommelser som är signerade digitalt eller fysiskt av delegat.

Vidare beskrivs att ärenden anmäls till nämnden och till nämndens presenteras det en företeckning över alla beslut som är fattade på delegation. Nämnden har möjlighet vid sammanträdet att ställa frågor om delegationsbesluten.

Av delegationsordningen framgår även en rutin: Arbetsgång - handläggning av delegationsärenden i diariet.

Av den framgår bland annat; kontrollera i delegationsordningen vem som är delegat, d.v.s. vem som har rätt att fatta beslut, mallen i ärendehanteringssystemet för delegationsbeslut ska användas, registrator är behjälplig med ärendenummer och beslutsmall samt hänvisa i beslutet till rätt kapitel och punkt i delegationsordningen

Det är delegaten som ska meddela registrator om fattat beslut som därefter anmäler beslutet till nästkommande socialnämnd.

6.3.11.4 Stickprovskontroll

För ett av besluten har mallen för delegationsbeslut inte används, utan det är en överenskommelse som utgör beslutet. Två av besluten saknar hänvisning till beslutspunkt i delegationsordningen.

6.3.12 Bedömning

Vi bedömer att socialnämnden i **allt väsentligt** har säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi baserar vår bedömning på att det finns tydligt angivet i delegationsordningen vad som gäller vid delegation samt ur ett översiktligt perspektiv har nämnden delegerat de väsentliga delarna. Det finns även en tydlighet i beslutspunkterna och hela delegationsordningen uppfattas som genomarbetad.

Vi bedömer dock att beskrivningen gällande verkställighets behöver justeras. Verkställighet är inte något beslutsfattande och det sker i rutinbaserade uppgifter såsom uttagande av avgift enligt taxa.

Vi bedömer även att beslutspunkter gällande avrop från ramavtal med angivna beloppsnivåer samt inleda upphandling om ramavtal ska ingå i delegationsordningen.

Vår bedömning är att socialnämnden i **allt väsentligt** säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätten har delegerats.

Vi baserar vår bedömning att det framgår vilken funktion som beslutande rätten har delegerats till och vilken beslutanderätt beslutet avser.

Hänvisningar till aktuellt lagrum samt anmärkningarna med beskrivande texter om tillämpligheten förtydligar hur beslutanderätten ska utföras.

Vi bedömer dock att i vissa beslut med flera delegater bör det anges tydligare anger befogenhetsram.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen för de styrande dokumenten.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna samt delegationsordningarnas disposition.

Vi bedömer att socialnämnden **endast delvis** har säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi baserar vår bedömning på att det finns behov av att systematisera introduktion och utbildning kring delegation samt att kvalitetssäkringen av beslut behöver förstärkas. Vår stickprovskontroll har visat att mallen för delegationsbeslut inte alltid använts samt att två av besluten saknar hänvisning till beslutspunkt i delegationsordningen

7.2.3 E-nämnden

Av E-nämndens delegationsordnings försättsblad saknas information om när den senast reviderades, fastställdes och giltighetstid.

6.3.12.1 Inledande sidor

Översiktlig redogörelse av väsentliga iakttagelser i dess kronologiska ordning

- Delegering av nämndärenden finns och innebär överlåtande av beslutsfunktion.
- Beslut som avses i delegationsordningen gäller endast verklig beslutanderätt. Kännetecknande för ett beslut är det föreligger alternativa lösningar och att beslutsfattarna måste göra vissa överväganden och bedömningar.
- Beslutet kan överklagas, antingen genom förvaltningsbesvär eller bli föremål för laglighetsprövning genom kommunalbesvär.
- Den som har fått delegation kan i ett enskilt ärende välja att inte själv utnyttja sin beslutanderätt utan i stället hänskjuta avgörandet till nämnden.
- Principiella beslut kan inte delegeras, vilket innebär att delegerad beslutanderätt inte får utövas i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I dessa ärenden beslutar nämnden.
- Delegerad beslutanderätt får endast nyttjas inom ramen för budgeterade medel och i enlighet med gällande lagar, avtal, mål och riktlinjer, anvisningar med mera.
- Överordnad tjänsteperson har generell rätt att besluta i alla de ärenden som tillkommer underordnad delegat vid dennes frånvaro
- Delegat har rätt att i vissa ärenden avstå från att fatta beslut och i stället hänskjuta ärendet till närmast överordnad tjänsteperson eller nämnden.
- Beslutanderätt får inte utövas i ärende som berör delegatens egna personliga förhållanden eller där jäv föreligger.
- Brådskande avgörande som inte kan avvaktas, beslutar ordföranden, med vice ordföranden som ersättare.
- Alla delegationsbeslut anmäls till nämnden på nästföljande sammanträde.

6.3.12.2 Beslutspunkter

Nämnden har totalt sju delegationspunkter som varken är uppdelad inom ämnesområde eller per funktion. Inom beslutspunkterna redogör nämnden för vilka funktioner som har delegat samt ersättare finns vid tre av beslutspunkterna.

Beslutspunkter avser exempelvis:

- Teckna nämndens firma inom ramen för fattade beslut,
- beslut om avtalsförlängning,
- tilldelningsbeslut i ramavtalsupphandlingar,
- omfördelning av driftsbudget inom totalram,
- löpande inköp och beställningar till och med ett prisbasbelopp.

Det framgår inte beslutspunkter inom området för GDPR såsom anmälan av personuppgiftsincident till tillsynsmyndighet, begäran om registerutdrag med mera. I intervju beskrivs att de personuppgifter som de hanterar är inom nämndens verksamhetsområde.

Beslutspunkt gällande utlämnande av allmän handling saknas i delegationsordning. I intervju beskrivs att det ibland kommer en begära om handlingar så det kan behöva ingå i delegationsordningen.

Vi noterar att det är samma delegat för löpande inköp och beställningar som är delegat för beslutsattest av fakturor. I intervju uppges att e-nämnden arbetar enligt Luleå kommuns rutiner för hantering av fakturor enligt denna ska en faktura alltid hanteras av två personer.

I intervjuer beskrivs att de är en liten nämnd med fyra sammanträden per år och de fattar få beslut.

6.3.12.3 Kompletterande rutiner / processer

I intervju framgår att inköp har skett men det har saknats kunskap om att inköp ska anmälas till nämnden som ett delegationsbeslut.

6.3.12.4 Stickprovskontroll

Några delegationsbeslut har inte redovisats till nämnden sedan 2023.

6.3.12.5 Bedömning

Vi bedömer att e-nämnden **inte** har säkerställt att delegation sker i enlighet med lag och föreskrifter samt på annat sätt som inte är olämpligt.

Vi baserar vår bedömning på att det saknas flertalet beslutspunkter i delegationsordningen som ingår, oavsett verksamhet som nämnden har. Det finns ett behov av genomlysning av basdelegationsuppgifterna som ska ingå i en delegationsordning. De som anges i granskningen ska endast se som exempel och är inte uttömmande.

Vi bedömer även att det ska framgå av delegationsordningen första sidan när den är beslutad i likhet med andra styrande dokument i Luleå kommun.

Vi bedömer att det är olämpligt att funktionen som har delegation för inköp även är beslutattestant. Det bör ske en översyn av beslutsattest för inköp.

Vår bedömning är att e-nämnden **i allt väsentligt** säkerställt att det tydligt framgår vilken och till vilken funktion beslutanderätten har delegerats.

Vi baserar vår bedömning på att de beslutspunkter som ingår i delegationsordningen är tydlig. Det behöver dock framgå tydligare vem som är överordnad tjänsteperson.

Vi bedömer även att det är av vikt att det finns en samsyn inom kommunens samtliga nämnder och styrelsen gällande datumsättningen av styrande dokumenten. Bristen på samsyn i dessa delar innebär en otydlighet.

Vi bedömer att det ska råda en samsyn gällande de generella inledande sidorna, delegationsordningarnas disposition samt för de kommungemensamma processerna. Det är av vikt att kommunen är en kommun gällande så väsentliga delar som delegerat beslutsfattande. Samma ärende ska behandlas på ett likvärdigt sätt inom samtliga nämnder och styrelsen i kommunen.

Vi bedömer att e-nämnden **inte** säkerställt att gällande delegationsordningar efterlevs.

Vi baserar vår bedömning på att delegationsbeslut inte anmälts. Det saknas kunskap i att det ska upprättas ett beslut och det ska anmälas till nämnden.

7.2.8 Samlade iakttagelser

Det framgår i intervjuerna att det finns arbetssätt i nämnderna och styrelsen med att genomföra översyn av delegationsordningen i samband med exempelvis omorganisationer och förändrad lagstiftning.

Nämndsadministrationen för sekreterare för nämnderna och styrelsen är centraliserade och ingår inom kommunstyrelseförvaltningens kansli. Registratorerna finns däremot i de olika nämnderna.

Det råder inte en samsyn i de inledande sidorna för kommunstyrelsen och nämndernas respektive delegationsordningar. Vissa av nämnderna har utgått från kommunstyrelsen skrivelser i de inledande sidorna. Det uppges att varje nämnd är en egen myndighet utformningen av delegationsordningen är upptill varje nämnd. Kommunstyrelsen har inte heller som uppdrag att tillse att en likriktning mellan de olika nämnderna.

Därtill noterar vi att dispositionen gällande beslutspunkter skiljer mellan nämnderna. Kommunstyrelsen, kultur-och fritidsnämnden och infrastruktur -och servicenämnden delegationsordningar har delat upp beslutspunkterna utifrån vilken funktion som är behörig delegat. För barn-och utbildningsnämnden, arbetsmarknads- och gymnasienämnden, socialnämnden samt e-nämnden är delegationsordningen uppdelad efter ämnesområde, exempelvis administration, ekonomi och inköp.

Beskrivningarna kring vad som är beslutfattande och vad som är verkställighet skiljer sig åt mellan kommunstyrelsen och de olika nämndernas delegationsordningar. Detta får i sin tur effekter för beslutsfattandet och tillämpligheten i exempelvis kommungemensammaprocesser såsom personalfrågor, upphandling och beslutsattest för nämnder och styrelsen. Några av nämnderna har beslutat att personalfrågor är verkställighet och för andra nämnder ingår det i delegationsordningen som beslutspunkter.

Det saknas även ett systematiserat arbetssätt med utbildningar om delegation. I granskningen har det framgått att mallen för delegationsbeslut används i stor utsträckning.

Vi ser även att arbetet med kvalitetssäkring av delegationsbeslut förstärkas. Det är överlag en god ordning gällande att besluten anmäls vid näst kommande sammanträde och att det genomförs kvalitetssäkring av beslutsfattaren är behörig delegat.

Vi har vid en övergripande översyn av beslutspunkterna i delegationsordningarna sett det finns ett samlat behov för samtliga nämnder och styrelsen att genomföra en översyn av hur beslutspunkterna är formulerade men även av själva delegationen. Ett sådant exempel är att det saknas ett över tak för att ingå avtal för utskotten. Därtill saknar vi en beslutspunkt i samtliga delegationsordningar gällande besluta om att upphandla ramavtal överstigande direktupphandlingsgränsen samt avrop från ramavtal med angivna beloppsnivåer,

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om delegationsordningarna är ändamålsenliga samt om styrelse och nämnd har tillräcklig uppföljning och kontroll av fattade beslut med stöd av delegation.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att kommunstyrelsen, infrastruktur- och servicenämnden samt kultur- och fritidsnämnden endast delvis har ändamålsenliga delegationsordningar. Vi bedömer att arbetsmarknad- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, socialnämnden och e-nämnden i allt väsentligt har ändamålsenliga delegationsordningar.

Vi bedömer att kommunstyrelsen, arbetsmarknad- och gymnasienämnden, barn- och utbildningsnämnden, infrastruktur- och servicenämnden, kultur- och fritidsnämnden och socialnämnden endast delvis har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Vi bedömer att miljö- och byggnämnden och e-nämnden inte har tillräcklig kontroll och uppföljning av fattade beslut med stöd av delegation.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi kommunstyrelsen att:

- Utforma en kommungemensam mall för delegationsordningar innehållande disposition, inledande sidor samt kommungemensamma beslutspunkter.
- Tillse ett kommungemensamt förhållningssätt gällande delegation inom de allmänna områden som omfattar samtliga nämnder såsom personal, upphandling och inköp, beslutsattest, dataskyddsförordningen och allmänna förvaltningsärenden.
- Tillse att det finns ett kommungemensamt ställningstagande gällande verkställighet och beslutsfattande.
- Verka för kommungemensam likvärdig hantering av delegation och delegationsbeslut.
- Utforma kommungemensam utbildning kring delegation
- Tillse ett kommungemensamt arbetssätt för uppföljning och kvalitetssäkring av delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi granskande nämnder att:

- Säkerställa följsamhet till det kommunstyrelsen beslutar gällande delegationsordningar, delegationsbeslut inom allmänna områden, anmälan till nämnden, definition av delegerat beslutfattande och verkställighet.
- Säkerställa att det finns tillräcklig kunskap kring delegation samt uppföljning av delegation och delegationsbeslut.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden, socialnämnden och E-nämnden att:

- För samtliga beslutspunkter i delegationsordningen att det upprättas delegationsbeslut enligt angiven mall.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi miljö- och byggnämnden och E-nämnden att:

- Samtliga delegationsbeslut anmäls till nämndens näst kommande sammanträde.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Micaela Hedin

Certifierad kommunal revisor

Maria Wiksten

Verksamhetsrevisor

8 BILAGOR

BILAGA 1 REGLEMENTEN FÖR STYRELSEN OCH NÄMNDER¹⁹

Kommunstyrelsen

Styrelsen det övergripande ansvaret för hela den kommunala verksamheten. Detta omfattar såväl utvecklingen av de kommunala bolagen som deras ekonomiska ställning, liksom att säkerställa en effektiv planering och samordning av kommunens arbete och åtagande.

Kommunstyrelsen ansvarar vidare för att en effektiv och ändamålsenlig organisation upprätthålls inom den kommunal verksamheten. Styrelsens ansvarsområde omfattar bland annat översiktsplanering, frågor rörande demokrati och tillgänglighet samt arbete med hållbar utveckling.

Arbetsmarknads- och gymnasienämnden

Nämnden har bland annat ansvarar för gymnasieskolan, den anpassad gymnasieskola samt den kommunala vuxenutbildningen. Nämnden fullgör de uppgifter som åligger hemkommunen enligt skollagen (2010:800), inklusive det kommunala aktivitetsansvaret för ungdomar.

Vidare har nämnden vårdgivaransvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, fungera som kommunens arbetsmarknadsorgan och utgör även arbetslöshetsnämnd enligt lagen (1944:475). Nämnden ansvarar dessutom för bosättning av nyanlända, deras etablering samt frågor som rör integration.

Barn- och utbildningsnämnden

Nämndens är kommunens huvudman i enlighet med skollagen (2010:800) och fullgör de uppgifter som åligger hemkommunen. Nämnden har dessutom vårdgivaransvar samt ansvar i egenskap av arbetsgivare och arbetsmiljöfrågor.

Nämndens verksamhetsområde omfattar förskola, förskoleklass, fritidshem, grundskola, anpassad grundskola och annan pedagogisk verksamhet. Nämnden ansvarar även för kulturskolan.

Infrastruktur- och servicenämnden

Nämnden ansvarar bland annat för att främja god byggnadskultur, bistå kommunstyrelsen i arbetet med den översiktliga användningen av mark och vatten samt säkerställa genomförandet av detaljplaner och tillhörande avtal. Nämnden ansvarar även för lokalbanken och för att samordna samt tillgodose de kommunala verksamheternas behov av ändamålsenliga lokaler, bostäder och utomhusmiljöer. Vidare omfattar nämndens uppdrag inköp och förmedling av kommunens fordon i enlighet med fastställda styrdokument.

¹⁹ Kommunfullmäktige 2023-12-18 § 240

Kultur- och fritidsnämnden

Nämnden ansvarar bland annat för att främja kultur- och fritidsverksamhet, utveckla och förvalta kommunala kulturhistoriska miljöer samt administrera ansökningar och genomföra utbetalningar av bidrag. Nämnden ska även skapa förutsättningar för ungas delaktighet och inflytande.

Miljö- och byggnadsnämnden

Nämnden ansvarar för myndighetsutövning enligt plan och bygglagen (2010:900) med undantag för planläggning av mark och vatten, delta aktivt i samhällsplaneringen, följa samhällsutvecklingen samt ansvara för utbetalning av bostadsanpassningsbidrag. Vidare ska nämnden svara för den kontroll och rapportering som åligger kommunens miljökvalitetsnormer.

Socialnämnden

Nämnden ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter avseende insatser i egen regi för service, vård och omsorg. Nämnden ska även fullgöra de uppgifter som åligger kommunen enligt socialtjänstlagen, lagen om stöd och service, hälso- och sjukvårdslagen samt de bestämmelser som i övrigt gäller för socialnämnder enligt lag.

Vidare ansvarar nämnden för det brottsförebyggande arbetet inom Luleå kommun samt för att besvara Migrationsverkets förslag till andelstal avseende mottagande av ensamkommande barn.

E-nämnden

Nämnden ska fungera som en samverkansplattform för medlemskommunernas arbete inom digital förvaltning. Nämndens huvudsakliga uppgift är att samordna medlemskommunens arbete med att gemensamt utarbeta frågor kopplade till digital förvaltning samt att ta fram underlag inför samordnad upphandling av digitala lösningar.

BILAGA 2 STICKPROVKONTROLL

En stickprovsgranskning för att kontrollera följande aspekter av delegationsbesluten:

- Om det framgår vem som är beslutsfattare
- Om beslutet är fattat av behörig delegat
- Datum för beslut
- Vilket beslut som fattats
- Om delegationsbeslutet är undertecknat
- Specifik punkt som åberopas i delegationsordningen
- Om delegationsbeslutet är anmält till nämnden på första sammanträdet efter tidpunkten för beslutet

Vi har begärt in tre beslut som är tagna på delegation enligt förvaltningarnas förteckning av delegationsbeslut från januari 2025, april 2025 och september 2025.

BILAGA 3 RÄTTSLIGA FÖRUTSÄTTNINGAR VID DELEGATION.

Allmänt

Av kommunallagen (2017:725), KL, framgår att fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller i en viss grupp av ärenden²⁰, förutom i de fall som framgår av 5 kap. 1 § KL.

Enligt 5 kap. 1 § KL framgår bland annat att ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt beslutas av fullmäktige.

Delegering från styrelse/nämnd

Allmänt om delegering

Kommunfullmäktige ska, enligt kommunallagen²¹, besluta om reglementen för styrelsen och nämnderna. Reglementet ska innehålla deras verksamhet och arbetsformer.

Styrelsen och nämnderna kan ge delegation inom sin verksamhet och arbetsformer inom vad som anges i reglementet. Under förutsättning att det inte finns någon form av begränsning i lag eller annan reglering att uppgiften inte kan delegeras.

Av kommunallagen²² framgår vilka ärenden som nämnden inte får delegera. Det gäller till exempel ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Motivet till delegationsförbudet är att nämnderna/styrelsen ska ha kvar det övergripande ansvaret för verksamheten.

Det finns även i speciallagstiftning regleringar kring delegation exempelvis socialtjänstlagen och skollagen som påverkar hur nämnden kan delegera i vissa frågor.

Ett beslut ska vara skriftligt, oavsett om det är fattat av styrelsen/nämnden vid sammanträde eller om beslutet är fattat genom delegation.

Det är lämpligt att delegeringen framgår av delegationsordningen som är beslutad av styrelsen/nämnden för att på så sätt samla den delegation som nämnden/styrelsen lämnat. Beslut om delegering kan även dokumenteras i ett protokoll. En nämnd/styrelse får enligt kommunallagen²³ uppdra åt till presidiet, ett utskott, en ledamot, en ersättare eller anställd att fatta beslut i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

När nämnden/styrelsen delegerar sin beslutanderätt ska det anges vilken beslutanderätt som delegeras och till vem beslutanderätten överläts. Nämnden/styrelsen kan inte besluta om en blandad delegering, det vill säga till anställd och förtroendevald i förening.²⁴

I ärenden som är så brådskande att nämndens/styrelsens avgörande inte kan avvaktas får nämnden uppdra till ordförande eller annan ledamot som nämnden utsett att besluta på nämndens vägnar.²⁵

²⁰ 5 kap. 2 § KL

²¹ 6 kap. 44 § KL

²² 6 kap. 38 § KL

²³ 7 kap. 5 § KL

²⁴ Prop. 2016/17:171

²⁵ 6 kap. 39 § KL

Om styrelsen/nämnden uppdrar åt en förvaltningschef²⁶ inom nämndens/styrelsens verksamhetsområde att fatta beslut, får nämnden överlåta åt förvaltningschefen att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom kommunen eller regionen att fatta beslutet²⁷.

Anmälan av delegationsbeslut

Alla beslut som fattas på delegation ska²⁸ anmälas till den nämnd/styrelse som delegerat beslutanderätten.

Beslut som fattas med stöd av vidaredelegation från förvaltningschef ska anmälas till förvaltningschefen. Något uttrycklig skyldighet för förvaltningschefen eller delegaten att vidareanmäla besluten till nämnden finns inte, men nämnden kan ställa sådana krav som villkor för att godkänna vidaredelegering. Brådskande beslut som fattas med stöd av kommunallagen²⁹ ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Utebliven anmälan påverkar inte det fattade beslutets giltighet men däremot vinner beslutet inte laga kraft om klagotiden inte löpt ut, vilket förutsätter en anmälan till nämnden/styrelsen.

Ren verkställighet eller delegering

Gränsen mellan beslut som kräver delegering och sådana åtgärder som anses vara ren verkställighet är inte alltid tydlig. Med beslut fattade av nämnder/styrelse avses beslut fattade av nämnder/styrelse eller av en delegat med stöd av delegering av nämnd/styrelse.

Med verkställighet avses att någon verkställer ett redan fattat beslut och det saknas ett eget ställningstagande. Exempel på ren verkställighet är avgiftsdebitering enligt fastställd taxa eller tilldelning av förskoleplats enligt en klar turordningsprincip.

Gränsdragning mellan vad som är beslutsfattande och ren verkställighet har betydelse för möjligheten att överklaga beslutet genom laglighetsprövning³⁰. Enligt 13 kap. 2 § KL kan nämnds/styrelsebeslut och delegationsbeslut överklagas genom laglighetsprövning medan beslut som är ren verkställighet eller av förberedande art inte kan överklagas, då det inte är

²⁶ 7 kap. 5 § KL

²⁷ 7 kap. 6 § KL

²⁸ 6 kap. 40 § KL

²⁹ 6 kap. 38 § KL

³⁰ Laglighetsprövningen innebär, som namnet antyder, en kontroll av beslutets laglighet. Vid en överklagan genom laglighetsprövning kan förvaltningsrätten upphäva eller godkänna beslutet men inte ändra det.

Information om arbetsmiljöprojekt och kompetensförsörjning

Ärendenr 2026/1027-2.1.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Socialförvaltningen ger socialnämnden en statusrapport om det pågående arbetsmiljöprojektet, med fokus på de kommande förändringar som sker inom schemaläggningen. Vidare ges information om aktuella frågor inom kompetensförsörjning främst avseende insatser för att stärka förvaltningens förmåga att attrahera, rekrytera, introducera, utveckla och behålla medarbetare samt aktuella frågor rörande undersköterskors och äldre medarbetares kompetensförsörjning.

Information om Kronan särskilt boende för äldre

Ärendenr 2026/1028-3.9.0.1

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden delges information om Kronan särskilt boende för äldre.

Information om ordförandeuppdrag

Ärendenr 2026/1085-3.9.0.2

Socialförvaltningens förslag till beslut

Socialnämnden beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Socialförvaltningen delger socialnämnden information om hur två ordförandeuppdrag kommer att omhändertas:

- Ordförandeuppdrag - se över möjligheten att utöka vård- och omsorgsboendeplatser i Alvik.
- Ordförandeuppdrag - Pilotprojekt strukturerad återhämtningstid för sjuksköterskor inom enheten stöd och service och socialpsykiatri.

Beslutsunderlag

- Ordförandeuppdrag - se över möjligheten att utöka vård- och omsorgsboendeplatser i Alvik, SOC Hid: 2026.3028
- Ordförandeuppdrag - Pilotprojekt strukturerad återhämtningstid för sjuksköterskor inom enheten stöd och service och socialpsykiatri, SOC Hid: 2026.3027

Ordförandeuppdrag – se över möjligheten att utöka vård och omsorgsboendeplatser i Alvik

För att ge äldre möjlighet att bo kvar i sin närmiljö och på landsbygden behöver vi se över behovet av vård och omsorgsboendeplatser även utanför centralorten.

I samband med beslutet att bygga två nya vård- och omsorgsboenden bör även möjligheten att utöka antalet vård och omsorgsboendeplatser vid Alviks vård och omsorgsboende utredas. Eftersom det redan finns ett befintligt boende och verksamhet i Alvik bör förutsättningarna för utbyggnad undersökas.

Socialnämnden har tidigare, i samband med beslutet om sammanhållen korttidsverksamhet, beslutat att utöka antalet vård och omsorgsboendeplatser i Råneå med tre platser i samband med det kommande öppnandet av Örnens korttidsverksamhet.

Jag ger därför socialdirektören i uppdrag att:

- se över möjligheten att bygga till och utöka vård och omsorgsboendeplatserna vid Alviks vård och omsorgsboende,
- analysera behov, efterfrågan och befolkningsutveckling i Alvik med omnejd,
- redovisa förutsättningar, kostnader och eventuella hinder för att genomföra uppdraget.

Syftet är att säkerställa att behovet av vård och omsorgsboendeplatser kan tillgodoses på landsbygden och ge äldre möjlighet att bo kvar nära sitt sociala nätverk.

Uppdraget presenteras för socialnämnden.

Bodil Wennerbrandt Sevastik, Socialnämndens ordförande

Ordförandeuppdrag -Pilotprojekt strukturerad återhämtningstid för sjuksköterskor inom enheten stöd och service och socialpsykiatri

Sjuksköterskor arbetar varje dag för att ge patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården en trygg och säker vård. Deras arbete innebär ett medicinskt ansvar upp till sjuksköterskenivå och kräver kompetens, samarbete med ett flertal aktörer och ett kontinuerligt fokus på patientsäkerhet.

För att sjuksköterskor ska kunna fortsätta utföra sitt uppdrag på ett hållbart sätt över tid behöver vi skapa arbetsvillkor som ger goda förutsättningar för återhämtning. En hållbar arbetsmiljö är en viktig del i att både värna våra medarbetare och säkerställa en vård av god kvalitet.

För att säkra kompetensförsörjningen av sjuksköterskor inom enheten stöd och service och socialpsykiatri påbörjas pilotprojektet inom den enheten. Om projektet visar goda resultat kan övriga hälso- och sjukvårdsenheter implementera arbetssättet efter utvärderingen

Socialnämnden ser positivt på det pågående pilotprojektet med strukturerad återhämtningstid på inom barn- och ungaenheten. De första erfarenheterna är positiva och projektet följs med stort intresse.

Jag ger därför socialdirektören i uppdrag att:

- ta fram och genomföra ett pilotprojekt med strukturerad återhämtningstid för sjuksköterskor,
- utforma projektet i dialog med berörda chefer och medarbetare,
- följa upp effekterna på arbetsmiljö, återhämtning, bemanning, kvalitet och patientsäkerhet,
- återsamla resultat till socialnämnden.

Syftet är att pröva om strukturerad återhämtningstid kan bidra till en mer hållbar arbetsmiljö för sjuksköterskor inom enheten stöd och service och socialpsykiatri och samtidigt stärka förutsättningarna för en trygg, god och patientsäker vård, både på kort och lång sikt.

Bodil Wennerbrandt Sevastik, Socialnämndens ordförande